Rok XLI. Kraków, 6 Września 1902. Nr. 36.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chirurgicznej c. k. Radcy Dworu Prof. Dra L. Rydygiera we Lwowie.

W sprawie doszczętnego operowania raka wargi dolnej*).

Podał

Dr. M. W. Herman,
Asystent kliniki.

Dla mistrzów chirurgii ściśle opracowane metody, a więc szablony, są zbyteczne. Natomiast konieczne, a raczej bardzo pożądane są one dla „przeciętnych wykonawców chirurgii“. Lepiej na tem wyjdą chorzy, lepiej i chirurdzy. Pierwsi, — bo otrzymali pomoc najlepszą, jaka tylko jest możliwą w obecnym okresie rozwoju naszej sztuki i nauki; drudzy — gdyż w razie niepowodzenia, przynajmniej w sumieniu swojem mogą być spokojni. Odnosi się to zwłaszcza do operacyjnego leczenia nowotworów złośliwych w ogólności, a raka wargi dolnej w szczególności.

Operując raka wargi dolnej, powinno się zawsze operować doszczętnie, a zatem usunąć nietylko ognisko pierwotne na wardze, ale i przerzuty w gruczołach chłonnych. W jakim okresie choroby przerzuty się zjawiają? Nie na podstawie znanego mi piśmiennictwa, lecz opierając się na tem, co spostrzegałem u chorych w naszej klinice, twierdzę — na razie *ad usum proprium,* — że chyba bardzo wcześnie. Zgłaszali się do nas chorzy z guzami pod żuchwą; rozpoznawaliśmy raka gruczołów chłonnych, a dopiero po specyalnem zwróceniu uwagi na wargę dolną, znachodziliśmy maluśką, zaledwie zauważyć się dającą blizenkę. Trzeba było pomagać pamięci chorych, aby się dowiedzieć, że temu półtora lub dwa lata mieli jakiś wrzodzik na wardze, że zgłaszali się z tem o poradę do lekarza, a ten „chrostę“ wyciął. Wystarczył jeden szew, aby ranę zaszyć. Aż potem, dopiero w kilka czy kilkanaście miesięcy, zaczęły pod brodą nabrzmiewać gruczoły, a w klinice stwierdzaliśmy: na wardze dolnej prócz kilkumilimetrowej blizny, zachodzącej na czerwień, żadnych zmian niema, a pod brodą *„carcinoma metastaticum glandularum lymphaticarum submentalium inoperabile“.*

Następnie u kilku chorych, operowanych w naszej klinice „doszczętnie“, których niestety mieliśmy sposobność oglądać u nas poraz wtóry w kilka czy kilkanaście miesięcy po operacyi, widzieliśmy zwykle wargę (bez względu na to, czy z niej wycięto tylko „piątkę rzymską“, czy też odciąć ją trzeba było całkowicie i stworzyć nową. na drodze operacyi plastycznej Brunsa), nie zajętą, a w okolicy podżuchwowej rozrosłe, nie nadające się do operacyi przerzuty, najprawdopodobniej w gruczołach [1]).

Po takich spostrzeżeniach zapytać się wolno, co gorsze? czy pierwotny nowotwór wargi, czy następowe przerzuty w gruczołach? Zdaniem mojem niema tu miejsca dla dwóch odpowiedzi. I konsekwentnie wyciągając wnioski logiczne ze znanych premis faktycznych należy twierdzić stanowczo, że w każdym przypadku raka wargi dolnej, bez względu na czas jego trwania i rozmiary, operacyę powinno się rozpocząć od wyczyszczenia okolicy podżuchwowej, a raczej dna jamy ustnej, od istniejących tam przerzutów rakowych. Zapatrywanie takie spotka się pewno z niejednej strony z zaprzeczeniem, a może z więcej jeszcze mówiącem wzruszeniem ramion. Taksamo jednak wzruszano ramionami nad propozycyą, aby np. w każdym przypadku raka sutka anatomicznie wypreparować jamę pachy, — a przecież dziś każdy chirurg, — o ile tylko naprawdę jest chirurgiem, — robi to, chociaż przed operacyą gruczołów wyczuć nie może.

Kiedy jednak w przypadkach raka wargi dolnej wydalać powinniśmy gruczoły, już w tym okresie, kiedy ich jeszcze nie wyczuwamy, musimy wiedzieć dokładnie, gdzie ich szukać i jak to zrobić? Bez oglądania się nawet na anatomiczne preparaty z nastrzykanemi naczyniami chłonnemi wiemy, — że gruczoły chłonne wraz ze swemi naczyniami znajdują się w tkance łącznej, leżącej głównie na mięśniach dna jamy ustnej, a częściowo zachodzącej w szczeliny międzymięśniowe. Na licznych zaś przypadkach raków dalej posuniętych stwierdzono klinicznie, że gruczoły, w których z pewną predylekcyą sadowią się przerzuty, znajdujemy 1) „w okolicy środkowej pod szczęką dolną pomiędzy skórą a mięśniem żuchwo-gnykowym, lub głębiej pod tym mięśniem, a mięśniem bródko-gnykowym; 2) następnie gruczoły, leżące poniżej kąta żuchwy na gruczole podżuchwowym..... Gruczoły te układają się zwykle wzdłuż tętnicy szczękowej zewnętrznej, tuż obok rowka, w którym wije się tętnica w gruczole podżuchwowym, dążąc ku górze“ [2]).

Samo przez się rozumie się, że gruczoły te wyczuwa się, acz nie w równym stopniu, po prawej i lewej stronie, i że prócz nich istnieje mnóstwo mniejszych, niewyczuwalnych, które w chwili operacyi znachodzą się w tym okresie zajęcia, w jakim wyczuć się dające znachodziły się kiedyś przed operacyą. A równocześnie z poprzedniemi uwagami czytamy w podręcznikach, że wszystkie te powiększone gruczoły wydalić należy [3]). A co się ma stać z tymi, które

*) Według wykładu na XII Zjeździe chir. pol. w Krakowie.

[1]) Podobne spostrzeżenia ogłosili: Gussenbauer, Fricke C. N. Dowd.

[2]) Podręcznik chirurgii szczegółowej T. I, L. Rydygiera.

[3]) W najbardziej rozpowszechnionych u nas podręcznikach chirurgii czytamy takie wskazówki: L. Rydygier (1886). „Drugą niemniej główną zasadą wobec wycinania raka wargi jest jak najdokładniej-

w czasie operacyi były jeszcze niedostępne dla naszego zmysłu dotyku? Niedostateczność tych wskazówek odczuwaliśmy oddawna w klinice. Od roku 1896, od czasu ogłoszenia przez Prof. Rydygiera krótkiego artykuliku p. t. „Przyczynek do techniki wycinania raków [4]), w którym między innemi zwrócono także uwagę i na raka wargi dolnej, zmieniliśmy nawet nieco technikę wyłuszczania gruczołów, starając się wyjmować je w ciągłości z otaczającą je i łączącą tkanką łączną, usilując wycinać pasma tej ostatniej aż w pobliże pierwotnego ogniska. Lecz i wówczas, zwłaszcza my młodzi i niewprawni jeszcze do noża, mieliśmy do walczenia z wieloma trudnościami. Z głębokich ran krwawiło obficie, duży gruczoł podżuchwowy, z którym się w każdym przypadku miało do czynienia, dziwnie zawadzał — i w rezultacie mieliśmy złe wyniki co do trwałych wyleczeń. Za często i po takich operacyach widywaliśmy nawroty w gruczołach podżuchwowych, byśmy mogli przejść nad tą sprawą do porządku dziennego. Trzeba było obmyśleć jakiś plan, czy metodę, któraby umożliwiała głównie „tym przeciętnym wykonawcom chirurgii“ doszczętne oczyszczenie okolicy dna jamy ustnej.

Opracowałem tedy odpowiedni plan, przedstawiłem go szefowi memu i nauczycielowi p. Radcy Dworu Prof. Rydygierowi, i uzyskawszy zatwierdzenie, w dodatku zaś życzliwą zachętę, wykonałem go sam, lub przez młodszych kolegów na trzech chorych. I tak przekonawszy się, że oczyszczenie dna jamy ustnej ze znajdujących się tam przerzutów nowotworowych może być metodycznie wykonane nawet przez mniej wprawnych chirurgów, ośmielam się przedstawić szczegółowo plan operacyi raka wargi dolnej, jak go obecnie w klinice Rydygiera wykonywamy.

Po uczynieniu zadość wymaganiom aseptyki, w każdym przypadku, choćby początkującego nabłoniaka wargi dolnej, rozpoczynamy operacyę od wyjęcia gruczołów chłonnych z okolicy podbródkowej. Ten bowiem akt operacyi, z powodów poprzednio wyluszczonych, uważamy za najważniejszy i operować możemy rękoma dokładnie wyjałowionemi, nie zwalanemi jeszcze wydzieliną jamy ustnej. Poprzez podbródek prowadzimy cięcie poprzeczne, nieco łukowate, wypukłością ku bródce zwrócone i przebiegające na 1—$1^1/_2$ palca powyżej fałdu pomiędzy podbródkiem a szyją [5]). Na prawo i na lewo zachodzimy nożem ponad mięśnie mostko-obojczyko-sutkowe. Przecinamy tylko skórę i podpreparowujemy ją z jednej strony w górę aż poza krawędź żuchwy, z drugiej zaś ku dołowi aż po kość gnykową. Następnie częściowo nożem i nożyczkami, częściowo zaś na tępo podważamy ślinianknę podżuchwową i na jej zewnętrznej krawędzi odszukujemy tętnicę szczękową zewnętrzną, którą niedaleko od miejsca wyjścia z tętnicy dogłowowej zewnętrznej podwiązujemy podwójnie i przecinamy. Ten akt wstępny powtarzamy i po drugiej stronie. Następnie pociągając za wyważoną i uruchomioną ślinianknę, wypreparowujemy ten gruczoł całkowicie (przecinając przewód jego naciągnięty możliwie wysoko), a wraz z nim całą tętnicę podszczękową z gruczołami obok niej usadowionymi. Następnie nożem odpreparowujemy tkankę łączną otaczającą mięśnie, zabierając naturalnie mięsień szeroki *(platysma myoides)* wraz z tkanką tłuszczową, zwykle ponad tym mięśniem się znajdującą. Zbliżamy się ku linii środkowej szyi, pozostawiając za sobą czysto wypreparowane mięśnie. W środku podbródka, ze szczeliny między mięśniami dwubrzuścowymi szyi, a podbródko-gnykowymi, wyłaniają się zwykle same gruczoły rakowato zwyrodniałe, lub też łatwo wydostajemy je nożem i nożyczkami. W końcu przechodzimy na drugą stronę poza linię środkową i tęsamą czynność powtarzamy tu, ale w porządku odwrotnym.

Tak w jednym kawale wydostajemy z dna jamy ustnej płat złożony ze ślinianek podżuchwowych, gruczołów chłonnych i naczyń limfatycznych je łączących, mięśnia szerokiego szyi, tkanki łącznej i tłuszczowej. Gdy się potem spojrzy na preparat anatomiczny podbródka, demonstrujący przebieg mięśni, i gdy prócz mięśni widzi się jeszcze tylko pętlę nerwu podjęzykowego i obok niej przebiegającą żyłę językową, ma się to wrażenie, że ta część operacyi została chyba doszczętnie wykonaną.

Dzięki wstępnemu podwiązaniu obu tętnic podszczękowych zewnętrznych krwawienie znacznie mniejsze i nigdy tak gwałtowne, jak bez tego podwiązania; dzięki zaś usunięciu ślinianek podżuchwowych — niekoniecznych dla człowieka zdrowego, zbędnych dla dotkniętego rakiem, — dostęp swobodny i przegląd pola operacyjnego doskonały.

Po opatrzeniu naczyń krwawiących i zaszyciu rany

sze wyszukanie zajętych gruczołów, mianowicie na miejscach powyżej już podanych, a następnie wycięcie wszelkich dostrzeganych gruczołów. Nawet tam, gdzie przez skórę niewyraźnie tylko wyczuwamy, radzimy skórę naciąć, pomni na to, że zwykle znajdą się większe i liczniejsze gruczoły po przecięciu, aniżeli czucie dozwalało się domniemywać“... Hueter-Lossen (1892) „Besonders leicht ist die Entfernung der Submentallymphdrüsen.... Dagegen führen die Exstirpationen der submaxillar gelegenen Drüsen fast immer in die nächste Nachbarschaft der A. maxillaris ext. In dem Bogen, welchen diese Arterie bei ihrem Verlaufe durch die Furche der Submaxillarspeicheldrüse macht, liegt fast regelmässig bei Carcinom der Unterlippe eine angeschwollene Lymphdrüse und zwar oft, obgleich das primäre Carcinom nur der einen Seite angehört, auf beiden Seiten.... Trotz dieser Schwierigkeit muss die Exstirpation erfolgen“...

König (1898). „Wie beginnen die Operation mit der Exstirpation der regionären Drüsen in ihrer Fettcapsel. Handelt es sich um median gelegene Carcinome, so braucht man in der Regel nur die hinter dem Rand des Kinnes gelegenen Drüsen freizulegen und zu entferuen. Man führt einen Bogenschnitt hinter dem Kinntheil des Kiefers, durchschneidet das Platysma und entfernt das zwischen den Biventermuskeln gelegene Fett sammt Drüsen. Liegen die Carcinome mehr auf einer Seite, so muss der Schnitt längs des Unterkieferastes unter demselben geführt, und hier müssen die oberflächlichen und die tiefen in der Kapsel der Submaxillaris gelegenen Drüsen entfernt werden. Am sichersten ist es, wenn man die Submaxillardrüse mit fortnimmt. Bei ausgedehnten Erkrankungen wird ein hinter dem Unterkiefer von einem Masseter bis zum anderen verlaufender Schnitt geführt beide Submaxillardrüsen sammt der Fettkapsel und den submentalen Drüsen durch die Operation beseitigt“.

W innych podręcznikach znalazłem tylko bardzo ogólnikowe wzmianki.

Jak z przytoczeń tych wynika, — najdokładniejszy opis spotykamy w podręczniku Königa. Postępowanie jego jest bardzo zbliżone do metody, którą poniżej opisujemy.

Te ogólne uwagi mogą być wystarczające dla chirurgów wprawnych, — stanowczo jednak, z własnego doświadczenia mówię, uważam je za niedostateczne, o ile chodzi o chirurgów mniej wytrawnych.

[4]) „Przegląd lekarski“ z roku 1896, str. 31.

[5]) Podobne cięcie zaleca A. Stieda, o ile chodzi o przecięcie skóry i wytworzenie płatów, a przed nim König i H. Teske chwalili również cięcie płatowe (jedno cięcie przebiega wzdłuż krawędzi żuchwy, drugie zaś od kolca podbródkowego środkiem do kości gnykowej).

podbródkowej, przystępujemy dopiero do wycięcia nowotworu na wardze.

Takie metodyczne oczyszczanie dna jamy ustnej nadałoby się może także przy operacyi raka języka — (trójkąt Huetera w polu operacyjnem jest bardzo łatwo dostępny) i przy innych nowotworach złośliwych w zakresie jamy ustnej, przy których gruczoły chłonne pod żuchwą bywają zajęte.

Szefowi memu dziękuję i na tem miejscu za pozwolenie wypróbowania tej metody na chorych klinicznych.

\- - -

II. Podskórne zastrzykiwania arsenu w terapii gruźlicy.*)

Podał

H. Cybulski,

I asystent zakładu Dra Brehmera w Görbersdorfie.

Już w starożytności stosowano arsen w leczeniu suchot płucnych. Dioscorides podawał go chorym na gruźlicę wewnętrznie lub w postaci wdychiwań pary arszenikowej. Antyllus, który żył w III wieku ery chrześciańskiej, Marcellus Empyricus i Galen chwalą jego użycie i nawet opisują przypadki wyleczenia za pomocą wdychania pary tego metalu. Następnie atoli przez długi czas arsen został zapomniany, dopóki Buchner i inni nie wprowadzili go do ftyseoterapii. Przypisywano mu własności pobudzające energię życiową tkanek; spostrzegano, że przy użyciu wewnętrznem wzmagało się łaknienie, podnosiła się waga ciała, zmniejszała się duszność, i ustępowały poty nocne; jednocześnie poprawiał się stan płuc. W obecnej chwili odgrywa arsen znaczną rolę wśród leków farmaceutycznych, używanych w terapii gruźlicy. Niema prawdopodobnie suchotnika, któryby choć raz go nie używał. Wdychiwania arsenu zostały obecnie zapomniane, aczkolwiek w swoim czasie były bardzo zalecane. Pozostaje więc jeszcze tylko jedna droga stosowania tego środka, to jest droga podskórna. Początek tej metodzie dały prawdopodobnie dodatnie wyniki, otrzymane w gorączkach zimniczych. W celu sprawdzenia działania arsenu w gruźlicy płucnej przedsięwziąłem szereg prób, których wyniki poniżej podaję.

Ogółem stosowano metodę tę w 10 przypadkach; wybór padł na chorych z niezbyt daleko posuniętą gruźlicą płucną tak, że poprawa wogóle co do stanu płuc była jeszcze możliwa. Wybierano również tylko chorych ze stanem podgorączkowym, by jednocześnie sprawdzić działanie na ciepłotę.

Do zastrzykiwań używano mięszaniny następującej:

Natri arsenici 0.2

Sol. ac. carbolici $^1/_2$% — *20,0*

Zastrzykiwania rozpoczynano od 0,1 Pravaza, postępując początkowo codziennie o 0,1, następnie co 2 dni o 0,1 tak, że około 14-go dnia zastrzykiwano całą strzykawkę Pravaza wyżej podanego rozczynu; ogółem robiono 20 zastrzykiwań; w razie wyniku pomyślnego po 2—3 tygodniach powtarzano ten zabieg w tym samym porządku. Zastrzykiwania, wogóle biorąc, mało są bolesne; trzeba tylko baczyć, by rozczyn był ciepły; w niektórych przypadkach widziałem lekkie podskórne wynaczynienie po wstrzyknięciu większych dawek. Innych nieprzyjemnych powikłań nie spostrzegałem.

*) Rękopis tej pracy Redakcya otrzymała d. 30 lipca.

Wśród naszych dziesięciu chorych można było stwierdzić dodatni wynik u 4; bez widocznego zaś wyniku pozostały zastrzykiwania w 6 przypadkach.

1. P. *K.*, lat 22, przybył do zakładu z ciepłotą od 37°—37.8°. — Stan ogólny dobry; chory nieco niedokrewny, neurastenik; łaknienie i sen dobre, kaszel nie wielki i umiarkowana ilość śluzoworopnej plwociny. W płucach rozpad na znacznej przestrzeni w szczycie prawym i poczynający się rozpad w lewym. Gdy po upływie 6 tygodni ciepłota pozostała bez żadnej zmiany i z wielką regularnością podnosiła się codziennie do 37·8., postanowiono poddać chorego zastrzykiwaniom arsenu. Po upływie 10 dni ciepłota spadła do 37·1—37·0 i na tym poziomie trzymała się przez następne dni 10 i jeszcze przez dni 8 po przerwaniu zastrzykiwań, następnie podnosiła się znowu, lecz tylko do 37,5. Wobec tego po upływie miesiąca powtórzono to samo leczenie i znowu po upływie 10 dni ciepłota spadła do 37·0 i trzymała się na tej wysokości przez dni 10, — gdy chory z powodu innej przyczyny (opróżnienie się nagłe jamy [kawerny]) stracił gorączkę na zawsze.

W przytoczonym przypadku działanie arsenu na ciepłotę było bardzo wyraźne. Na stan płuc nie wywarły zastrzykiwania widocznego wpływu; samopoczucie poprawiło się, łaknienie się wzmogło i chory przybrał na wadze około $1^1/_2$ kilo. Na stolec, kaszel, plwocinę i mocz arsen pozostał bez widocznego wpływu.

2. P. *H.* lat 33, przybył do zakładu z ciepłotą 38.5—39.°, która atoli po upływie kilku tygodni spadła do 37.8 i na tej wysokości z niesłychaną stałością utrzymywała się przez 5 miesięcy. W płucach naciek szczytu prawego i nieznaczny stosunkowo rozpad w szczycie lewym. Oprócz tego porozrzucane ogniska w płucu lewem. Stan ogólny niezły; łaknienie umiarkowane, sen dobry, działalność serca prawidłowa. Oddawanie stolca i moczu prawidłowe. Po upływie 5 miesięcy, gdy ciepłota pozostawała bez wszelkiej zmiany, przedsięwzięto powtórne stosowanie arsenu. Po upływie kilku dni ciepłota spadła do 37,3, a po następnych kilku do 37.1 i na tej wysokości utrzymywała się przez cały czas wstrzykiwań i kilka dni następnych, po upływie których podniosła się znowu prawie do poprzedniej wysokości.

Tętno pozostało mniej więcej na poprzedniej wysokości. Liczba oddechów nieco się zmniejszyła, łaknienie się poprawiło, na wadze choremu przybyło 1 kilo. Natomiast na stan płuc, kaszel, plwocinę, stolec i mocz arsen nie wywarł żadnego wpływu.

3. P. *W.* lat 23. Cierpi na gruźlicę od lat 3, początkowo z przebiegiem powolnym, od ostatnich zaś miesięcy z ciepłotą podniesioną do 38°. Obfite poty, pużo plwociny, duszność, wielokrotne krwotoki. W tym stanie przybył do zakładu. W płucach można było wykazać dosyć obszerną jamę w prawym górnym płacie i świeże ognisko w średnim; lewa strona względnie mało zajęta. Stan ogólny marny. Łaknienie słabe. Samopoczucie złe. Silna niedokrewność. Przez przeciąg 2 miesięcy stan ten trwał bez zmiany, — ciepłota z wielką prawidłowością podnosiła się do 37,8—38.°. Wobec tego poddano chorego leczeniu arsenem. Po upływie 14 dni ciepłota zaczęła się obniżać i doszła do 37,1—37.°. Stan taki trwał w czasie dalszych wstrzykiwań i mniej więcej tydzień po ich ukończeniu; po upływie tego czasu ciepłota wróciła do poprzedniej wysokości. Tętno, poprzednio bardzo szybkie, zwolniało; duszność się zmniejszyła, łaknienie poprawiło; przybytek na wadze 1 kilo. Samopoczucie o wiele lepsze. Poza tem na inne objawy chorobowe arsen nie miał widocznego wpływu.

Po upływie $1^1/_2$ miesiąca powtórzono u tego chorego też samą terapię z identycznym wynikiem.

4. P. *S*, lat 45. Chory od lat 4-ch miewał krwotoki i stany podgorączkowe. W płucach częściowy rozpad w szczycie lewym i nieznaczne zajęcie szczytu prawego. Ciepłota dochodzi stale do 37,5; umiarkowana niedokrewność, łaknienie słabe, stolec prawidłowy, mocz białka nie zawiera. Stan serca bez widocznych zmian patologicznych, nieznaczne zwapnienie naczyń obwodowych. Gdy po upływie $1^1/_2$ miesiąca ciepłota nie spadała, poddano chorego leczeniu arsenem. Po upływie kilku dni ciepłota spadła do 37° — i więcej się nie podniosła. Tętno i oddech pozostały bez zmiany; łaknienie, samopoczucie i wejrzenie poprawiły się. Przybytek na wadze około $^1/_2$ kilo. Stan płuc uległ lekkiej poprawie.

5. P. *T.* lat 30.; sprawa rozpadowa w obydwóch szczytach,

owrzodzenia w krtani. Ciepłota do 37,8. Stan ogólny marny; brak łaknienia, nocne poty Zastrzykiwania nie wywarły żadnego wpływu ani na ciepłotę. ani na poty nocne. Tylko łaknienie nieco się poprawiło. Sprawa w płucach i krtani postępowała szybkim krokiem w dalszym ciągu.

6. P. *S* lat 23. Ciężka sprawa rozpadowa w obydwóch szczytach; ciepłota dosyć nieregularna, dochodzi do 38·0°. Zastrzykiwania arsenu spowodowały lekkie obniżenie ciepłoty; ponieważ ciepłota u chorej wogóle przedstawiała długotrwałe wahania. nie można więc tego uważać z pewnością za wynik dodatni. Osiągnięto nieznaczne polepszenie łaknienia, a pozatem pod każdym względem wynik ujemny.

7. P. *W.*, lat 18. Szybko postępująca sprawa płucna bez wyraźnego rozpadu; natomiast zajęcie lewego płuca na znacznej przestrzeni. Gorączka dosyć nieregularna, przeciętnie 37.2 —, często podnosi się do 38·0°. W czasie zastrzykiwań ciepłota utrzymuje się stale na 37.2° — bez podwyższeń: przybytek na wadze 1 kilo Wejrzenie lepsze. Pozatem wynik ujemny.

8. P. *A.* Ciężka sprawa płucna. Gruźlicze zajęcie krtani. Ciepłota stale do 38.0°. — Łaknienie słabe; stan ogólny zły. Po zastrzykiwaniach łaknienie się poprawiło, poty się zmniejszyły. Waga podniosła się o $1^1/_2$ kilo. Ciepłota nieco niższa (o 0.2°). Pozatem inne objawy chorobowe bez zmiany.

9. P. *W.* Sprawa rozpadowa w szczycie lewym; poprawa następuje bardzo powoli. Zastrzyknięcie arsenu wywołało podniesienie ciepłoty do 39°, wobec czego natychmiast je przerwano.

10. P. *S.* Naciek szczytu lewego. Poprzednio poprawiał się nieźle; po krwotoku nastąpiło pogorszenie. Ciepłota do 37.6. — Wstrzykiwania arsenu nie wywołały żadnego wpływu na proces chorobowy, ani na jego objawy. Nieco tylko poprawiło się łaknienie.

Na podstawie powyższych 10 przypadków można streścić wyniki, otrzymane przy podskórnem stosowaniu arsenu w gruźlicy płuc jak następuje:

1. Na gorączkę arsen, stosowany w wyżej opisany sposób, posiada często niewątpliwie wpływ dodatni, aczkolwiek działanie to nie jest trwałe. Dodatek fenolu nie mógł spowodować tego obniżenia, ponieważ dawka jest za mała, a obniżenie nastąpiłoby natychmiast.

2 Na wagę ciała działa w sposób dodatni, aczkolwiek nie wybitnie, lecz prawie zawsze niezawodnie w dodatnim kierunku.

3. Na wzmożenie łaknienia wpływa prawie zawsze dodatnio. aczkolwiek działanie może jest słabsze, niż przy wewnętrznem stosowaniu, prawdopodobnie dlatego, że niema bezpośredniego drażnienia błony śluzowej żołądka.

4. Na samopoczucie działa prawie zawsze dodatnio.

5. Na czynność kiszek pozostaje bez wpływu, przynajmniej nigdy nie zauważono biegunek, łatwo powstających przy wewnętrznem stosowaniu tego środka.

6. Często arsen działał dodatnio na poty nocne.

7. Na czynność nerek w kierunku zjawiania się białkomoczu nie można było stwierdzić wpływu ujemnego.

8. Na działalność serca wprost nie posiadał arsen wybitniejszego wpływu; lekkie obniżenie częstości tętna należy sprowadzić do obniżenia ciepłoty.

9. Natomiast na proces w płucach arsen zdaje się zupełnie nie wywierać wyraźniejszego wpływu.

III. Oko a ucho, wzajemny ich stosunek i zależność pod względem anatomicznym i klinicznym.

Podał
Dr. R. Spira.

(Ciąg dalszy).

B. Zmiany i objawy wywołane drogą odruchową w oku skutkiem drażnienia i zmian chorobowych w uchu — i odwrotnie — mogą być 1) zmysłowe, 2) ruchowe, 3) czuciowe, 4) odżywcze i 5) naczynioruchowe. Najznamienniejszą i najwięcej uderzającą wzajemność tych narządów stwierdzamy w zakresie neuropatologicznych zaburzeń czynności zmysłowych. Obfitość narządu słuchowego w nerwy, wpływ n.n. naczynioruchowych, błędnego i spółczulnego, liczne zwoje i ich połączenia z gałązkami ruchowemi i czuciowemi n.n. troistego, twarzowego, językogardłowego, zależność wzajemna ośrodków odruchowych słuchowego i wzrokowego, spólny iścisły wpływ obu n.n. zmysłowych na zmysł statyczny, — nam tłómaczą uderzająco częste spółdziałanie, synergię ich w stanie fizyologicznym i patologicznym [1]) Kazuistyka, tycząca się objawów odruchowych, wywołanych w oku przez zmiany w uchu, w mniejszym zaś stopniu odwrotnie, urosła dzięki licznym przyczynkom autorów do takiej obfitości, że nie łatwo ją przeglądnąć i całkowicie przytoczyć. Przeto niechcąc nużyć czytelnika, ograniczymy się na przytoczeniu tylko najciekawszych i najwięcej cechujących spostrzeżeń.

a) Odruchy zmysłowe. Już w stanie fizyologicznym zauważono ciekawe zjawisko występowania podmiotowych wrażeń wzrokowych przy zadziałaniu pewnych bodźców głosowych (wrażenia podwójne, *audition colorée, Schallphotysmen, Colour hearing).* Wysokie tony wywołują u pewnych odpowiednio usposobionych osobników wrażenia barw jasnych; tony nizkie — poczucie barw ciemnych Objaw ten nazwano fotyzmami głosowymi w przeciwieństwie do fonizmów świetlnych (wzrokowych), t. j. do wrażeń głosowych, wywołanych u pewnych osobników wskutek zadziałania bodźca świetlnego, t. j. barw. Objawy te nazywano także akusmami świetlnymi, zdarzają się jednak one znacznie rzadziej, niż poprzednie. Już w roku 1786 Hoffmann przypisywał różnym tonom instrumentalnym objawy kolorowe. W przeszłym wieku Castel utrzymywał o istnieniu związku między tonami a barwami. Gautier w r. 1843 omawia spostrzeżenia poczynione na własnej osobie widzenia barwy wywołanego wrażeniami słuchowemi. W nowszym czasie zwracali uwagę na ten objaw Nussbaum[31]), Bleuler i Lehmann,[32]) którzy zauważali podmiotowe wrażenia barw, występujące przy drażnieniu smaku, węchu, dotyku, jakoteż odwrotnie, — podmiotowe wrażenia słuchowe, wywołane przez zadziałanie światła. Później wielu innych autorów objaw ten badało i usiłowało wytłómaczyć (Steinbrügge, Barat oux, Verga i in.).

Steinbrügge[33]) sądzi, że podrażnienie słuchowe, doszedłszy do ośrodka słuchowego w substancyi szarej mózgu, nie zostaje tu wyosobnione, lecz wskutek niedostatecznego rozwoju narządów hamujących lub nadmiernej drażliwości pierwiastków nerwowych przekracza granicę swoją i drogą przewodników kojarzennych dostaje się do ośrodka wzrokowego.

Snarez de Mendoza[34]) który zebrał 134 przypadków z piśmiennictwa, a 8 własnych, jest zdania, że tu idzie często o kojarzenie ideowe, które istnieje od dzieciństwa i rozwinęło się świadomie lub nieświadomie.

Poszukiwania Urbantschitscha[35]) wykazały, że skutkiem fizyologicznego działania wzajemnego różnych wrażeń zmysłowych, podniesienie zmysłu słuchowego pobudza inne zmysły i odwrotnie: można wpływać na słuch drogą innych narządów zmysłowych. Stąd pochodzi, że w chwili podrażnienia słuchowego występują zmiany w poczuciu

barw, w bystrości wzroku, smaku, węchu i dotyku. Zwykłe pobudzenie poczucia tonu wzmaga zmysł dla poczucia wszystkich, albo też wyłącznie lub przeważnie dla pewnych barw. Wpływ ten jest najczęściej przemijający. Wysokie i silne tony działają silniej niż, nizkie i słabe. Nieraz wrażenie słuchowe osłabia odruchowo zmysł dla barw, albo słaby ton obniża go, a silny wzmaga. Podobny wpływ wywierają tony na bystrość wzroku. Urbantschitsch uważa tę sprawę — wrażenia barw przy zadziałaniu na słuch — jako zjawisko fizyologiczne, łatwo wykazać się dające u wielu osób, jeżeli one podczas zadziałania tonów wysokich lub nizkich patrzą słabo akomodując na zmięty kawałek papieru białego lub szarego. Pojawiają im się wtedy często szare i różnokolorowe linie, pasemka, punkta lub plamy. Najczęściej uważał Urbantschitsch barwę żółtą lub czerwoną; Jako szczególność uważa on nie pojawienie się fotyzmów wogólności, lecz. uderzająco silne wystąpienie pewnej barwy pod wpływem pewnych tylko tonów.

Albertani znalazł, że osoby które są nieczułe na pewne barwy, są też niewrażliwe na pewne tony. Epstein przyszedł na podstawie szeregu oryginalnych doświadczeń w 164 przypadkach do wniosku, że wrażenia tonu wpływały w 60% przypadków nie tylko na zmianę bystrości wzroku, lecz także na zmysł barw, w 40% zaś — tylko na bystrość wzroku. Epstein szuka fizyologicznego wytłómaczenia tego zjawiska w przypuszczeniu, że podrażnienie akustyczne, dostawszy się do przodkowego ciała czworaczego, przenosi się drogą odruchową na odśrodkowo przewodzące włókna n. wzrokowego i tą drogą wywołują większą drażliwość siatkówki na wrażenia wzrokowe.

Do dziedziny odruchów fizyologicznych zmysłowych należy także wywołanie pozornych ruchów pola widzenia przez zadziałanie na narząd słuchowy. Urbantschitsch[36]) wykazał, że u osób zdrowych, jak również i chorych, występują pod wpływem różnych zabiegów, jak wpędzenia powietrza do przewodu ucha zewnętrznego albo do jamy bęb., zgęszczenia i rozrzedzenia powietrza, wystrzykiwania, zadziałania tonów, oraz pochy lenia lub potrząsania głową itd. — objawy przesunięcia pola widzenia w jednem albo w obu oczach, czasem z poczuciem zawrotu głowy i z drżeniem gałek lub bez niego. Osobom, wpatrującym się w tablicę, na której narysowane było koło z kilku różnie zabarwionemi i w różnych kątach przecinającemi się średnicami, wydawało się pod wpływem wymienionych wyżej rękoczynów, że raz jedna, raz inna linia była pionową. Kąt tych linij do rzeczywistej pionowej wynosił 1—4°. U innych wystąpiły ruchy wachlarzowate tych linij, które się do siebie zbliżały, albo od siebie oddalały, albo pojawiały się ruchy wahadłowe, faliste, drgawkowe, wężykowate i t. p. Różne odmiany tych ruchów występowały zależnie od tego, czy patrzano obuocznie, czy też jednem albo drugiem okiem. Różne tony wpływają zależnie od swej wysokości w sposób najróżnorodniejszy na te ruchy pozorne i zawrotowe. Wrażenia głosowe mogą też zmieniać istniejące już ruchy pozorne lub zaburzenia równowagi, albo znosić i wywołać widzenie podwójne. Zaburzenia równowagi i ruchy pozorne mogą także być wywołane albo zmodyfikowane przez to, że osoby badane trzymają szkło w różnych barwach, przed jednem lub drugiem, albo przed obu oczami

Ciekawym nadzwyczaj jest wpływ uderzający, wywarty przez choroby i zabiegi lecznicze uszne na zmysł wzroku i odwrotnie. Już Deleau[37]) znalazł w dwu przypadkach ropnego zapalenia jamy bęb. zmniejszenie bystrości wzroku, które ustąpiło po wyleczeniu cierpienia usznego. Przez usunięcie kostek słuchowych można wywierać korzystny wpływ na objawy astenopijne. Urbantschitsch i Eitelberg spostrzegali często poprawę wzroku po zgłębikowaniu i międsieniu trąbki. Według Urbantschitscha można wpływać na wszystkie narządy zmysłowe drogą jamy bęb., trąbki usznej, przewodu usznego zewn. i wogóle drogą czuciowych gałązek n. troistego. Na 25 przypadków z ropnem zapaleniem jamy bęb. widział U. 14 razy osłabienie bystrości wzroku, który po przejściu choroby usznej znowu się poprawił. Podrażnienie gałązek czuciowych n. troistego ucha zewn. i środkowego sprowadza nieraz zmianę w sprawności widzenia, zwykle podwyższenie jej, czasem nawet bardzo wysokiego stopnia. Poprawa taka wzroku może być tylko chwilową, trwać przez kilka minut, albo też okazać się trwałą. W zakresie tego nerwu Urbantschitsch wykazał, że różne bodźce, jak dmuchanie na policzki, drażnienie błony śluzowej nosa, wdmuchiwanie do ucha, zgłębnikowanie trąbki, pocieranie przewodu usznego zewn. i t. d. pociągają często za sobą poprawę wzroku, a nieraz też i słuchu, przyczem badanie dna oka nie wykazuje żadnej zmiany. Nieraz tę zmianę wzroku uważano na oku strony przeciwnej. Wpływ ten leczenia ucha na siłę widzenia należy, jak to podnosi Urbantschitsch, odnieść do działania odruchowego n. troistego, a nie do wpływu poprawionego słuchu na narząd wzrokowy; albowiem, jak to słusznie Politzer zauważył, gdyby schorzenie słuchu miało jakiś wpływ na wzrok, wtedy zaburzenia wzrokowe musiałyby znacznie częściej towarzyszyć chorobom usznym, niż to w rzeczywistości ma miejsce. Tymczasem powszechnie wiadomo, że właśnie jest odwrotnie, że większa część głuchoniemych odznacza się bardzo bystrym wzrokiem, a większa część ślepych — bystrym słuchem. Nawet poprawę słuchu, występującą czasem po zgłębnikowaniu trąbki bez wdmuchiwania powietrza tłómaczy Urbantschitsch odruchowym wpływem na ośrodki słuchowe drogą n. V-ej pary. Knapp widział po napadzie zawrotu Ménièrea przemijające zaciemnienie pola widzenia; Moos — rozszerzenie źrenicy, przemijające widzenie połowicze z poziomą linią graniczną i mroczki *(mouches volantes)*. Rohrer spostrzegał zaburzenia równowagi wysokiego stopnia, połączone z zaburzeniami wzroku (zwężenie pola widzenia), ustępujące po nakłóciu galwanicznem w okolicy wyrostka sutkowego. Według tego autora we wszystkich podobnych przypadkach ważną rolę odgrywa histerya, neurostenia, poddawanie i samopoddawanie.

Odwrotnie pobudzenie i schorzenie innych zmysłów, a zwłaszcza wzroku, wpływa często na zmysł słuchowy, jak to badania i spostrzeżenia Urbantschitscha i wielu innych autorow wykazały. Silne zadziałanie światła może stać się przyczyną wzmożenia się słuchu, a zmniejszenie światła, — jego osłabienia. Zadziałanie różnych barw wpływa różnie na czynność słuchową i może powodować przesunięcie podmiotowego pola słuchowego i podmiotowe zmiany w wysokości tonu słyszanego, przyczem ta sama barwa odmiennie oddziaływa na wysokie, niż na nizkie tony. Wpływ barw i światła może także zmienić nasilenie i ton podmiotowych wrażeń słuchowych; zwykle zasłonięcie oczu działa uspoka-

jająco na szmery podmiotowe. Według Urbantschitscha zmiany te odnieść należy do sprawy odruchowej w ośrodku, być może drogą n. naczynioruchowych.

D'Arsonval zauważył zaburzenie słuchu, przemijające pod wpływem działania światła elektrycznego. Spojrzawszy w ciągu kilku chwil na światło łukowe Volty, ogłuchł na 1—1½ godziny. Dalsze doświadczenia przekonały go, że tylko to światło tak działa. Głuchota pojawiała się zawsze w obu uszach, nawet jeżeli światło łukowe tylko na jedno ucho działało. W kilku przypadkach głuchota utrzymywała się przez 17 dni, co, zdaniem D'Arsonvala przypisać należy hamującemu działaniu promieni fioletowych. Brown-Séquard sądzi, że nie podrażnienie n. wzrokowego, lecz pobudzenie n. troistego jest przyczyną zaburzenia słuchowego w podobnych przypadkach. Stevens[38]) widział chorą cierpiącą wskutek wzmożonej pobudliwości nerwowej na silne wrażenia słuchowe podmiotowe i przytępienie słuchu bez zmian przedmiotowych w uszach, u której kilka dni po przecięciu ścięgna mięśnia prostego wewnętrznego, wykonanego z powodu lekkiej niewydolności mm. prostych zewnętrznych, szum w uszach ustał i słuch stał się znowu prawidłowym. Moos spostrzegał chorą, u której występowało dzwonienie w uchu za każdym razem, gdy sobie zakładała okulary lub „pince-nez", a ustępowało po ich usunięciu. Przedmiotowe badanie ucha wykazało stosunki prawidłowe. M. sądzi, że objaw ten ma swoją przyczynę w ujemnem wahaniu parcia w błędniku, spowodowanem przez współruch m. strzemiączkowego, powstający skutkiem akcyi mm. ocznych przy każdorazowem nakładaniu okularów. Knies[41]) wspomina o poprawie bystrości słuchu po wycięciu kawałka tęczówki przy jaskrze i przy bielmie rogówki Rampoldi, Davidson i Dransart (ibidem) spostrzegali poprawę słuchu po iridektomii, wykonanej dla względów optycznych i z powodu jaskry. Wystąpienie podmiotowych wrażeń słuchowych pod wpływem jaskry ostrej widział Wolf[42]). Theobald[43]) twierdzi, że spostrzegał u siebie samego przepuszczający szum w uszach, który zależał od niezborności i krótkiego wzroku, na które cierpiał; szum ten ustąpił po zastosowaniu odpowiednich okularów. Wedle spostrzeżeń Urbantschitscha tuszowanie spojówki wywiera znaczny wpływ odruchowy na zmysł słuchowy.

b) Odruchy ruchowe tłómaczą się również po części przez połączenie anatomiczne i fizyologiczne, zachodzące między tymi narządami. Gałęzie bowiem nerwu słuchowego pozostają w związku z nn. ocznymi. Nerw przedsionkowy przedstawia szlak dośrodkowy ośrodka koordynacyjnego, którego odśrodkowemi drogami ruchowemi są nerwy mm. ocznych. Że n. przedsionkowy wywiera wpływ na ośrodek ruchowy kojarzenny mm. ocznych i że przez drażnienie tego nerwu lub jego zakończeń w bańkach i przewodach półkolistych można wywołać zaburzenia ruchowe w zakresie mm. okoruchowego, odwodzącego i bloczkowego, które się wyrażają drżeniem gałek, porażeniem mm. ocznych i zboczeniami w oddziaływaniu źrenicy, udowodnione zostało przez liczne doświadczenia fizyologiczne nad zaburzeniami równowagi wskutek uszkodzenia błędnika. Tem tłómaczą się też spostrzegane klinicznie nieprawidłowości w ruchach ócz przy zajęciu chorobowem błędnika i brak tego odruchowego drżenia ocznego przy zniszczenin albo porażeniu przyrządu łukowatego. Co do nerwu ślimakowego, to badania Helda wykazały istnienie łuku odruchowego, przez które bodźce słuchowe mogą się przenosić na przyrząd ruchowy oka i to w ten sposób, że na odruchowym torze wspólnym dla n. słuchowego i n. wzrokowego, wychodzącym z przedniego wzgórka czworaczego, wrażenia słuchowe mogą się udzielić nerwom okoruchowemu, odwodzącemu i bloczkowemu.

W tych stosunkach znajdujemy wytłómaczenie wielu różnych objawów odruchowych; do nich odnieść należy ruchy odruchowe, objawiające się zwróceniem głowy i oczu w kierunku, zkąd głos pochodzi przy wrażeniach słuchowych, jako też nieprawidłowe ruchy mięśni ocznych przy podrażnieniu gałązek n. słuchowego.

Uwaga. Drgnięcie całego ciała i mimowolne ruchy głowy przy nagłem powstaniu głosu, huku, hałasu itp. tłómaczy Benedikt połączeniem n. słuchowego, wychodzącego z jąder, z ośrodkiem odruchowym rdzenia przedłużonego.

Najczęstszymi odruchami ocznymi są ruchy gałki ocznej, wywołane chorobami usznemi lub podrażnieniem nerwów usznych. Wilbrand przyjmuje, że drzenie gałek ocznych przychodzi do skutku, jeżeli czynność dowolnych ośrodków ruchowych ocznych w korze mózgowia zostaje upośledzoną na korzyść czynności odruchowo-motorycznej móżdżka i śródmózgowia przy niedotkniętych drogach odśrodkowych, a ztąd do mięśni ocznych. W zaburzeniach na tle przymiotu i w uszkodzeniach urazowych błędnika, w głuchocie udarowej z zbiorem objawów Ménièrea, w zropieniu i próchnieniu przewodów półkolistych itp. spostrzegano drżenie gałek. Ruchy te mogą wystąpić w początku, albo w przebiegu choroby usznej, a ustąpić równoczeźnie z tą chorobą, albo przetrwać lata całe po zgaśnięciu cierpienia błędnika.

Nieraz zauważono odruchowe drżenie gałek ocznych *(nystagmus)* w łączności z innymi dowolnymi ruchami mięśniowymi jak n. p. zamknięcie powiek, patrzenie na prawo lub lewo, albo podczas próby słuchowej. Drżenie gałek ocznych może być wywołane z ucha zewnętrznego, środkowego i wewnętrznego, z pnia n. słuchowego, jako też przez podrażnienie głosowe; występuje ono zazwyczaj obustronnie i to jako drżenie wahadłowe *(nyst. oscillatorius)* albo kołujące *(n. rotatorius)*. Przy odpowiedniej uwadze można się przekonać, że ruchy te znacznie częściej bywają wywołane z narządu usznego, niż się powszechnie przypuszcza. Już bardzo nieznaczne zabiegi, jak słabe zgęszczenie powietrza w jamie bęb., przedewszystkiem zaś przy jej przestrzykiwaniu, dalej ucisk wywarty na ucho zewnętrzne i środkowe, szarpanie ścian jamy bęb, dotknięcie zgłębnikiem strzemiączka itp. mogą je wywołać.

Bardzo obfita statystyka notuje występowanie drżenia gałek, wywołane drogą odruchu przez różne stany i sprawy chorobowe w narządzie usznym. Już w r. 1840 opisał Deleau[37]) przypadek drzenia gałek ocznych, wywołanego przez uklej w uchu środkowem, które ustąpiło po jego wyleczeniu. Przy wdmuchiwaniu powietrza do ucha środkowego, przy ucisku powstającym w jamie bębenk. w zapaleniu tego narządu, przy wprowadzeniu lejka usznego, przestrzykiwaniu ucha, zwłaszcza zimną wodą, przy wyjęciu ukleja usznego, ropieniu usznem i przy różnych innych zajęciach chorobowych, opisali te ruchy Schwabach[44]), Kipp[45]), Bürkner[46]), Pflüger[47]), Magnan[48]), Cohn[49]), Jansen[50]), Geranzi[51]), Urbantschitsch i in. Urbantschitsch

często widział drżenie gałek ocznych, wywołane przez zadziałanie akustyczne, nieraz przez pewne głosy albo tony. W przypadku Bürknera natężone słuchanie jednem uchem, zajętem zapaleniem ropnem, wywoływało drżenie gałek ocznych.

Przyczyna powstania tego objawu jest przeważnie przyrody odruchowej. Według Friedricha[52]) w przypadkach różnej bystrości słuchu w obu uszach, bezład mm. ocznych, wywołany zadziałaniem głosowem, łatwo tłómaczyć można zaburzeniem równowagi w kojarzennych ruchach tych mięśni, spowodowanem przez to, że ośrodek koordynacyjny dla ruchów mm. ocznych dostaje przy zadziałaniu głosowem silniejszy bodziec z jednego ucha, niż ze strony drugiej, ucha chorego. Ostman[53]) uważa objawy oczne, występujące w przebiegu ropnych zapaleń usznych, jako wywołane następowemi chorobami środczaszkowemi albo przez napięcie błędnikowe *(Labyrinttonus)*. Zdaniem Jansena[50]) można w powikłanych chorobach usznych wywołać drżenie gałek ocznych przez bezpośrednie zadziałanie na płat potyliczny.

Według tego autora drżenie gałek ocznych w chorobach usznych przemawia za zajęciem błędnika, albo za zapaleniem zatoki w sąsiedztwie kości skroniowej. W ropniach poza oponą twardą może ucisk wywarty na płat potyliczny i tam znajdujące się ośrodki korowe dla ruchów mm ocznych, spowodować nieprawidłowe ruchy oczu.

Zwykle ruchy te szybko przemijają. W jednym przypadku Urbantschitscha drżenie gałek ocznych po zapaleniu usznem pozostało trwałem, a w innym przypadku Jansena *(l. c.)* trwało przez kilka tygodni

Objaw ten częściej napotyka się w chorobach i uszkodzeniach błędnika, a przedewszystkiem przewodów półkolistych. Bardzo częstym objawem towarzyszącym jest drżenie gałek przy zawrocie usznym *(vertigo ab aure laesa)*. Objaw ten niektórzy odnoszą do zaburzeń mózgowych, sądząc, że wahania uciskowe, przenoszące się z płynem błędnikowym przez wodociągi błędnikowe na przestwory podpajęcze, powodują tu podrażnienie leżących na podstawie mózgu nn. słuchowego, wzrokowego i odwodzącego, na czem ma także polegać równoczesne drżenie gałek i zaburzenia wzroku. Jeżeli się jednak uwzględni, że przez tak ciasne wodociągi bardzo mała tylko ilość płynu mogłaby się dostać do jamy czaszkowej, znajdującej się pod wysokiem parciem, wydaje się nieprawdopodobnem, ażeby powiększenie o kilka kropli znacznej wogóle ilości płynu mózgordzeniowego mogło sprowadzić wybitne zaburzenia równowagi. Zresztą liczne doświadczenia i spostrzeżenia pouczają, że zawrót głowy często w chorobach usznych pochodzi z błędnika i polega na przeniesieniu podrażnienia z nerwu przedsionkowego na móżdżek[54]). Wszakże już nieznaczne podrażnienie ucha, jak wstrzykiwanie, przedmuchiwanie, dotknięcie strzemiączka zgłębnikiem, podniety dźwiękowe i t. p. może pociągać za sobą silne objawy zawrotowe, połączone z drżeniem gałek, zaciemnieniem pola widzenia i wymiotami.

Badania doświadczalne Cyona[55]) wykazały ścisły związek fizyologiczny między przewodami półkolistymi a ośrodkiem inerwacyjnym mm. ocznych. Przecinając te przewody, stwierdził on ruchy gałek przyrody „niekompensacyjnej“ a mianowicie przy podrażnieniu przewodu poziomego i pionowego przedniego następuje odwrócenie oka tej samej strony ku dołowi, przy drażnieniu zaś przewodu pionowego tylnego — ku górze; równocześnie drugie oko obraca się ku stronie przeciwnej. Pobudzenie n. słuchowego wywołuje silne kołowanie obu ócz. Przecięcie tego nerwu wywołuje silne odchylenie się oka tej samej strony ku dołowi, drugiego zaś oka ku górze. Po przecięciu i drugiego n. słuchowego odchylenie to ustępuje. (C. d. n.)

IV. Wyciągi.

Friedmann. **Jeszcze kilka doświadczeń z wycięciem przysadki mózgowej, przeszczepieniem raka i gruczołu tarczykowego na przysadkę.** (*Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 19, 1902). Autor robił w dalszym ciągu doświadczenia z wycięciem przysadki mózgowej, i potwierdza zdanie, wypowiedziane przed rokiem, że przysadka nie jest napewno żadnym do życia koniecznym narządem, i jeżeli wogóle posiada jakieś ważne zadanie czynnościowe, to po jej usunięciu musi inny narząd zastępczo tę czynność pełnić. Doświadczenia te wykonywał autor na bardzo młodych zwierzętach, przypuszczając, że brak przysadki wywoła jakieś zaburzenie w rozwoju zwierzęcia i doszedł do niewątpliwego wyniku, zadającego kłam temu przypuszczeniu. Przeszczepianie zaś nowotworu (w próbach autora — raka), jest możliwe; — rak rozwija się na zwierzęciu zaszczepionem i można ślady jego przez kilka miesięcy wykazać w miejscu zaszczepienia, jednakże bez szkody dla zwierzęcia, gdyż dalej się nie rozrasta. Także gruczoł tarczykowy daje się przeszczepić na przysadkę i utrzymuje się bez zacierania się budowy gruczołowej. *B. Żmigród.*

Hermann. **Ciała obce w macicy.** (*Münchener medizinische Wochenschrift* Nr. 19, 1902). Ciała obce w macicy nie należą do rzadkości; dostają się one tam często z pochwy, gdzie bywają wprowadzane, 1) w celach samogwałtu, 2) dla zapobieżenia zastąpieniu, 3) w celach zbrodniczych dla spędzenia płodu, i 4) jako pozostałości po rękoczynach lekarskich. Obce te ciała dostają się do macicy albo wprost przez pochwę, albo też z otoczenia, n. p. z pęcherza moczowego; mogą one także z macicy następowo przejść w okolicę pachwinową, w sieć, jajniki itd. Autor zebrał z piśmiennictwa 23 przypadków (wraz ze swoimi dwoma) i sądzi, że ciała obce mogą znajdować się dość długi czas w macicy bez wywołania znacznych uciążliwości. Uderzającem jest to, że narzędzia używane w celach spędzenia płodu i inne ciała obce, które przecież nie są czyszczone, ani odkażane, dają bardzo rzadko powód do spraw ropnych lub posokowatych. Dla wybadania tych ciał trzeba się dość często uciec do ostrej łyżeczki, stosowanej ostrożnie w takich razach, gdyż badanie palcem, lub zgłębnikiem macicznym nierzadko zawodzi. Ze stanowiska społecznego i sądowo-lekarskiego wielkie ma znaczenie ta okoliczność, że kobiety mogą bez wielkiej trudności dla różnych celów rozmaite ciała wprowadzać do macicy, a w przypadkach spędzenia płodu niepotrzebną im jest nawet pomoc drugiej osoby. *B. Żmigród.*

Dr. Ernest Moro. **Badania aleksyn w mleku i surowicy krwi osesków.** *(Jahrbuch für Kinderheilkunde* Tom 55, zeszyt 4, 5, 1902) Doświadczeniem stwierdzono, iż oseski karmione piersią, o wiele rzadziej zapadają na choroby przyrody ropnej, względnie choroby te mają u nich o wiele łagodniejszy przebieg, aniżeli u osesków karmionych sztucznie — czyli należy przyjąć, iż zdrowiu osesków karmionych piersią brakuje usposobienia do zakażenia bakteryjnego. Pierwszy Escherich na XIII międzynarodowym kongresie w Paryżu wyraził twierdzenie, że w mleku kobiecem istnieją pewne naturalne istoty ochronne i bakteryobójcze. Przejście substancyj rozmaitej przyrody z lekarstw podawanych, toksyn, antytoksyn, aglutyninów i t. d. z krwi macierzyńskiej do pokarmu było wielokrotnie stwierdzone. Dr. Moro dokonał doświadczenia nad bakteryobójczemi własnościami mleka krowiego, pokarmu kobiecego i surowicy mleka kobiecego, jakoteż wyjałowionego mleka kobiecego tak w hodowlach płytkowych, jak i w kropli wiszącej, i przekonał się, że tak mleko krowie, jak i kobiece nie zawiera dających się wykazać istot bakteryobójczych.

Aleksyny, nazwa nadana przez Buchnera, stanowią ciało ochronne surowicy krwi pewnego ustroju, znajdują się w każdej prawidłowej surowicy krwi, a przestają działać przy ogrzaniu do 55°. Czy te aleksyny działają chemicznie, czy mechanicznie, a więc czy działają jako fermenty, tak jak proteolityczne enzymy

teoryi Buchnera, czy też działanie ich polega na prawach osmotycznych w myśl teoryi Baumgartena, odpowiedź na to pytanie wymaga jeszcze dużo pracy i badań. Aleksyny są bardzo rozpowszechnione w ustroju. Wedle teoryi Buchnera do aleksyn należy zaliczyć nietylko substancye bakteryobójcze, ale także i te, które na ciałka krwi czerwone, na leukocyty i inne komórki działają niszcząco, a zwane globulicydy.

Autor nie poprzestał na wykazaniu istnienia istot bakteryobójczych w mleku, przeprowadził badania z surowicą krwi noworodków, osesków i starszych dzieci, jakoteż z surowicą krwi łożyskowej i wykazał, że surowica krwi dzieci karmionych piersią ma o wiele większą siłę bakteryobójczą, niż surowica, krwi osesków sztucznie karmionych. Doświadczenia hemolityczne wykazują analogicznie, iż surowica krwi oseska karmionego piersią działa silniej hemolitycznie, niż surowica krwi osesków sztucznie żywionych; zatem 1) aleksyny surowicy krwi osesków karmionych piersią działają o wiele silniej, niż pochodzące z surowicy dzieci sztucznie karmionych; tem się tłómaczy zwiększona odporność osesków karmionych piersią na pyogenetyczne procesy nawet w najsłabszych ustrojach, okazujących wątłość życiową w ścisłem słowa znaczeniu. Badania Moro wykazały nadto, że 2) aleksyn w mleku niema, 3) że aleksyny w surowicy noworodków ilościowo są jednakie z aleksynami krwi łożyskowej macierzyńskiej; 4) że ilość aleksyn surowicy noworodków jest mniejsza, niż surowicy osesków karmionych piersią, a więc nadmiar ich wytwarza się później, w miarę przyjmowanych pokarmów, a zatem 5) pokarm kobiecy dostarcza materyału dla zwiększonych aleksyn surowicy oseska. Okoliczność, że aleksyn w mleku jako takich nie wykazano, nie dowodzi, że ich w mleku niema; one mogą być połączone w mleku w pewnym charakterystycznym stosunku z drobinami sernika i nie dadzą się wykazać, odszczepiają się dopiero podczas trawienia i drogą chłonienia dostają się do krwi. Możebnem jest nawet, że substancye aleksynotwórcze mleka kobiecego pochodzą z macierzyńskiej surowicy krwi i połączenie prawidłowych aleksyn krwi z sernikiem mleka jest funkcyą komórek gruczołów sutkowych. *Dr. Komorowski.*

Kernig. **Dodatnie działanie chininy w durze brzusznym, oraz kilka uwag o zastosowaniu chininy w niektórych innych chorobach.** *(Russkij Archiw patołogii, kliniczeskoj mediciny* i *bakteriołogii* 1902, Tom 13, Zeszyt 3). Autor wyprowadza wnioski ze swoich spostrzeżeń, dokonanych w szpitalu Obuchowskim (Petersburg) w ciągu 37 lat, na materyale wynoszącym kilkanaście tysięcy chorych na dur brzuszny, dur osutkowy, gorączkę powrotną, zapalenie płuc i różę. Zgodnie z Erbem jest on zwolennikiem leczenia duru brzusznego chininą, którą stosuje już oddawna. Na oddziale jego leczenie duru brzusznego prowadzi się w sposób następujący: pod względem pielęgnowania i dyety (wyłącznie pokarmy płynne, mleko) przestrzega się ogólnie przyjętych przepisów; zasada leczenia polega na stosowaniu codziennie przeciętnie 2 kąpieli o ciepłocie 32,5° C.; jeśli ciepłota pod pachą o godzinie 5—6 wieczorem wynosi 39—39,5° C. i wyżej, zażywanie między 6 a 8 godziną wieczorem 1,0 chlorku chininy. Rzecz prosta, że każdy przypadek należy indywidualizować. Oprócz kąpieli i chininy K. zaleca prawie wszystkim chorym okłady na brzuch; a w razie cięższego nieżytu oskrzelowego, lub zapalenie płuc stosuje się okłady tak szerokie, ażeby górny brzeg ich sięgał do linii pachowej. Dodatkowo zaleca K. kwas solny w naparze korzenia kozłkowego, następnie w razie wiadomych wskazań kamforę; wino zaś tylko w ilości umiarkowanej. Piżmo K. zaleca wyłącznie w przypadkach, jeśli chory przedstawia obraz, który dawniejsza patologia nazywała *febris nervosa versatilis;* cechuje go, oprócz osłabienia, zamącenie przytomności, bredzenie, drżączka, przebieranie palcami i podrywanie ścięgien; K. poleca w podobnym stanie piżmo 3 razy dziennie po 0,2. Biegunkę zwalcza okładami, podazotanem bizmutowym lub zawiesiną olejną, która ma działać w durze brzusznym bardzo skutecznie. Stanu oskrzeli i płuc nie puszcza się z oka, możliwie wcześnie stosuje się bańki suche na klatkę piersiową, ipekakuana i szerokie okłady na dolną część klatki piersiowej. W ostatnich latach, w razie powikłania z zapaleniem płuc zaleca K. z dobrym skutkiem naparstnicę. Przy takiem leczeniu na 3704 chorych na dur brzuszny w ciągu 10 lat (od r. 1891 do r. 1900) było tylko 283 przypadków z zejściem śmiertelnem, zatem zaledwie 7,6%, gdy Curschmann podaje przeciętny odsetek śmiertelności w durze brzusznym 9,12 do 14%, a Liebermeister 8,8%. Wynik ten uważa K. jako bardzo pomyślny, zwłaszcza wobec warunków szpitalnych, pozostawiających dużo do życzenia. Według K., ogromny wpływ na tę niższą śmiertelność należy przypisać chininie. Obserwując chorych z dnia na dzień w ciągu wielu lat, przekonał się on, że po zażyciu chininy z wieczora ciepłota nazajutrz obniża się mniejwięcej wyraźnie, tętno staje się rzadszem i pełniejszem, sensoryum wyjaśnia się i ogólny stan polepsza się w porównaniu ze stanem poprzednim; działanie to powtarza się wielokrotnie i daje się stwierdzić nawet po trzech dniach po zażyciu chininy. Krzywa ciepłoty pod wpływem chininy nieraz zmienia się, przybiera cechy gorączki typu zwalniającego, lub obniżywszy się o 1° C., pozostaje na tym niższym poziomie przez cały czas. Oprócz dodatniego wpływu na stan gorączki, chinina poprawia i tętno; pod tym względem K. zalicza chininę do najskuteczniejszych środków i stawia ją znacznie wyżej od kamfory, której wpływ szybko przemija. To dodatnie działanie chininy na serce wyróżnia ją korzystnie w szeregu innych leków przeciwgorączkowych, mianowicie: antypiryny, antyfebryny, salicylanu sodowego i t. d.

Dodatni wpływ chininy na gorączkę i tętno, powtarzając się wciąż przy ponownych jej dawkach, tłómaczy według K. skuteczne działanie tego leku na przebieg duru brzusznego: działanie dawek pojedynczych gromadzi się i daje zbiorowo dobre wyniki. Na tej zasadzie polega również zastosowanie w durze brzusznym kąpieli. Kąpiele i chinina mają więc znaczenie zapobiegawcze, chroniąc ustrój od powikłań ze strony serca, płuc itd. Pod tym względem K. zgadza się zupełnie z Erbem, natomiast przeczy mu, ażeby chinina miała skracać przebieg samej choroby.

Chinina najsilniej obniża ciepłotę w durze brzusznym w okresie najwyższej gorączki, mianowicie w drugiej połowie drugiego tygodnia i w tygodniu trzecim, jak również w początku okresu ustępowania w tygodniu czwartym. W początku choroby (pierwszym tygodniu i pierwszej połowie drugiego) wpływ jej jest nieznaczny. W niektórych jednak razach chinina wcale nie obniża ciepłoty; przeważna część podobnych przypadków kończy się w trzecim tygodniu zejściem śmiertelnem, nawet w przypadkach o niezbyt wysokiej ciepłocie.

Codzienne zażywanie chininy w stałej oznaczonej dawce nic przynosi wyraźnej korzyści, ponieważ ustrój przyzwyczaja się do niej i przestaje oddziaływać w tym stopniu, jak to ma miejsce, gdy przetwór ten stosuje się co drugi dzień. Jeśli chinina wywołuje uczucie pełności w dołku podsercowym, lub pogarsza znacznie upośledzone już i przedtem łaknienie, oraz jeśli lekarzowi nie wiadomo, czy chory znosi dobrze chininę, to we wszystkich tych razach K radzi przed i po zażyciu chininy podawać kawałeczki lodu.

Chinina jest w durze brzusznym przeciwwskazaną, jeśli mamy do czynienia 1) z idyosynkrazyą (osutka chininowa), 2) jeśli wystąpił krwotok jelitowy, lub 3) przedziurawienie jelita, 4) jeśli stwierdzamy objawy zapalenia otrzewnej bez przedziurawienia, wreszcie 5) podczas ciąży, 6) silnych wymiotów, i 7) cięższej biegunki.

Leczenie duru osutkowego K. przeprowadza tym samym sposobem, jak i duru brzusznego; pod wpływem kąpieli i chininy choroba przebiega najczęściej bez ciężkich powikłań; znacznego jednak obniżenia ciepłoty pod wpływem chininy w durze osutkowym K. nie spostrzegał; natomiast wpływ na tętno i tu jest dodatni. Podobnież działanie ma chinina i w durze powrotnym, jakkolwiek stosowanie jej napotyka często przeszkody wobec wymiotów, wydarzających się często w tej chorobie.

W zapaleniu płuc K. używa naparstnicy i chininy, ostatniej w dawce 1,0 codziennie wieczorem; według jego zdania chinina jest najlepszym środkiem, podtrzymującym tętno; wpływu atoli na ciepłotę w tej chorobie ona nie ma; chorzy na zapalenie płuc znoszą ją bardzo dobrze; kąpieli w zapaleniu płuc K. nie stosuje. *Witold Orłowski.*

Sevestre. **Zapobieganie zakażeniu błonicą zapomocą ochronnych wstrzykiwań surowicy.** *(Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1902, czerwiec). Autor zestawia wyniki doświadczeń podjętych na szeroką skalę ostatnimi laty w szpitalach paryskich, poczem streszcza poglądy swoje w następujących wywodach:

1) Skuteczność wstrzykiwań ochronnych surowicy jest niewątpliwa; dzieci narażone na stykanie się z zarazkiem błoniczym nabywają wskutek wstrzyknięcia odporności przeciw zakażeniu. Wstrzyknięcia ochronne nie powodują nigdy w ustroju poważniejszych zaburzeń; co najwyżej wywołują w nielicznej liczbie przypadków przemijającą wysypkę, lub jeszcze rzadziej nieznaczne bóle w stawach. Okres uodpornienia rozpoczyna się w 24 godzin po wstrzyknięciu i trwa trzy do czterech tygodni. W przypadkach, w których pomimo wstrzyknięcia błonica wystąpiła, przebieg jej jest niezwykle łagodny.

2) Wstrzykiwania ochronne surowicy są przedewszystkiem wskazane w rodzinach, w których zdarzył się jeden przypadek błonicy, ażeby uchronić resztę dzieci od zakażenia. Jeżeli dzieci były od początku odosobnione, a w dodatku znajdują się w ciągłej kontroli lekarza, wtedy można wstrzyknięcia ochronnego zaniechać. W tych przypadkach jednak badanie bakteryologiczne śluzu z nosa

i połyku, jakoteż próby otrzymania hodowli bezwarunkowo należy uskutecznić.

3) Wstrzykiwania ochronne również należy wykonać u dzieci w szkołach, ochronkach, przytułkach, salach szpitalnych, — jeżeli stwierdzonym zostanie jeden przypadek błonicy.

4) Nawet w razie niestwierdzenia przypadku błonicy wstrzyknięcie ochronne bardzo jest wskazane w pewnych szczególnych warunkach (na oddziałach odry, płonicy itd.); w przypadkach odry działanie uodporniające surowicy przeciwbłoniczej jest słabsze; dawki powinny być większe i częściej powtarzane.

5) Wstrzykiwania ochronne nie uwalniają bynajmniej od innych czynności zapobiegawczych (odkażanie i odosobnienie), dzięki jednak wstrzykiwaniom czynności te stają się łatwiejszemi i bardziej skutecznemi zarazem.

6) Wstrzykiwania ochronne nie są wskazane u osób dorosłych, o wiele mniej skłonnych do zakażenia błoniczego, niż dzieci. Wstrzykiwania w tych przypadkach są mało skuteczne; natomiast odczyn po surowicy jest częstszy i żywszy i jakkolwiek nie grozi niebezpieczeństwem, może spowodować czasową niezdolność do pracy.

7) Co się tyczy dawek, wystarczających do wstrzyknięcia ochronnego, to są one niższe od dawek, używanych do samego leczenia błonicy, jednakowoż nie powinny być zbyt małe. Dawniej stosowano 60 do 100 jednostek antytoksycznych; ilość ta jest o wiele za nizką. Obecnie Heubner wstrzykuje 250 jednostek (500 dla odry); lekarze włoscy i amerykańscy 300—500. Netter, na którego badaniach autor się głównie opierał, używał około 1000 jednostek.

Dr. T. Żeleński.

Vergely. **O zwidywaniach we dnie u dzieci.** (*Revue mensuelle de mal. de l'enfance* — 1902. Lipiec). Zwidywania nocne u dzieci, zwłaszcza wskutek zaburzeń w trawieniu, niejednokrotnie były omawiane; nie spotkaliśmy natomiast dotąd wzmianki o zwidywaniach we dnie, jakim podlegają dzieci po pewnych cierpieniach w jamie brzusznej w okresie zdrowienia. Autor opisuje przez siebie spostrzegane dwa przypadki tego rodzaju; prawdopodobnie zdarzają się one częściej, tylko uwaga rodziców i lekarzy nie była dotąd w tym kierunku zwrócona. Przypadek pierwszy dotyczy 7-letniego chłopca. Obciążenia neuropatycznego niema. Ojciec przebywał kiłę, która jednak na żadnem z dzieci śladów nie pozostawiła. Dziecko nigdy nie okazywało zaburzeń mózgowych, ani też zwidywań w przebiegu poprzednio przebywanych chorób zakaźnych. Po przebyciu ciężkiego zapalenia wyrostka robaczkowego, w okresie zdrowienia dziecko poczęło nagle objawiać bardzo znaczne przeczulenie słuchowe; słyszało np. wyraźnie rozmowę prowadzoną w odległym pokoju, która nawet jako szmer głosowy do uszu innych osób nie dochodziła. Później zaczęły się bardzo wyraźne widywania treści przeważnie przykrej: najczęściej był to murzyn lub wilk. Zwidywania te stopniowo stawały się coraz rzadsze, w końcu zupełnie ustały. Od tego czasu upłynęło lat pięć; dziecko żadnych zaburzeń układu nerwowego nie okazuje; przebyło ciężkie zapalenie płuc z wysoką gorączką, podczas którego zwidywania nie wystąpiły. W przypadku drugim mamy do czynienia z sześcioletnią dziewczynką. Matka jej w czwartym miesiącu ciąży została przez męża zakażona kiłą; przeprowadzono energiczne leczenie i dziecko przyszło na świat bez śladu obciążenia kiłowego. Obciążenia nerwowego w rodzinie niema. Dziewczynka przebyła ostre zapalenie wyrostka robaczkowego; w okresie zdrowienia, kiedy nie podawano już żadnych leków, rozpoczęły się zwidywania, przeważnie osób rzekomo przechadzających się po pokoju. Dziecko wyzdrowiało i na razie o zwidywaniach mowy nie było. Odtąd w różnych odstępach czasu dziewczynka nieraz zatrzymywała matkę na ulicy, pokazując jej idące za niemi osoby, jakkolwiek naokoło nikogo nie było. Wieczorem dziecka nie można było samego pozostawić w pokoju, gdyż natychmiast podlegało zwidywaniom wzrokowym i słuchowym. Stany te obecnie rzadsze powtarzają się w pewnych odstępach czasu od lat kilku, częściej gdy dziecko jest chore lub znużone; pozatem żadnych zboczeń układu nerwowego dostrzedz nie można. Dziecko jest wesołe, umysłowo rozwinięte, czułe w stosunku do rodziców i siostry, nie podlega napadom gniewu lub zazdrości i nigdy nie miało drgawek. Zebranie większej liczby podobnych spostrzeżeń umożliwi prawdopodobnie w przyszłości wyjaśnienie istoty tych objawów; obecnie musimy zadowolnić się banalnem określeniem „samozatrucia“.

Dr. T. Żeleński.

Dr. Balacescu. **Całkowite obustronne wycięcie nerwu spółczulnego szyjnego w chorobie Basedowa.** (*Langenbecka Archiv* T. 67, Z. I, 1902). Wychodząc z założenia, że wszystkie objawy, cechujące chorobę Basedowa, objaśnić się dadzą podrażnieniem nerwu spółczulnego, sądzi B., że jedynie zabiegi lecznicze na tym nerwie mogą dać dobry wynik. Następnie przedstawia autor w historycznym zarysie operacye, wykonywane na tym nerwie, a więc: zwykłe przecięcie, wyrywanie nerwu, naciąganie, częściowe wycinanie, wreszcie całkowite wycięcie po obu stronach. Ostatnia metoda wypracowaną została przez Prof. Jonnesco i ta też daje najlepsze wyniki. Technika operacyjna w zarysie przedstawia się, jak następuje: cięcie skórne na tylnym brzegu wyrostka sutkowego od jego podstawy na 3—4 ctm. w dół. Rozszczepienie na tępo włókien mięśnia mostko-obojczyko-sutkowego i oddzielenie go od podstawy z jednej strony, aż do podstawy czaszki, — z drugiej — w dół, o ile palcem sięgnąć można. Odszukuje się zwój szyjny górny i nożyczkami przecina gałązki anastomotyczne, poczem za zwój ten pociąga się ku dołowi i oddziela pień nerwowy. Po zatamponowaniu rany nacina się skórę na tylnym brzegu mięśnia mostko-obojczyko-sutkowego, zaczynając 1 ctm. powyżej obojczyka i idąc ztąd na 3—4 ctm. w górę. Przez ranę tę odsuwa się na tępo naczynia na bok i wytwarza się przestrzeń pod mięśniem mostko-obojczyko-sutkowym w górę. Oryentując się według guzka Chassaignaca, odszukujemy tętnicę tarczykową dolną, a w jej łuku zwój szyjny średni, w dalszym zaś ciągu pień nerwu spółczulnego. Oddzielamy go w górę tak daleko, abyśmy mogli przez dolną ranę wydostać oswobodzony już od góry nerw. Chcąc go wyzwolić także z pod tętnicy tarczykowej dolnej, trzeba zwykle przeciąć nerw sercowy średni i pętlę Vieusena. W dalszym ciągu wypreparowujemy nerw ku dołowi. Poza obojczykiem między mięśniem dźwigaczem żeber przednim i długim szyi wyszukujemy zwój szyjny dolny; ten ostatni uprzystępniamy sobie, pociągając pień nerwu ku górze i odsuwając żyłę i tętnicę na zewnątrz; odosobniamy palcem — i odsłaniamy nawet górny zwój piersiowy, który wyrywamy szczypczykami.

Takiem rozległem obustronnem wycięciem nerwu spółczulnego było leczonych 17 przypadków. W 10-ciu osiągnięto szybkie i całkowite wyleczenie; w 5-ciu znakomitą poprawę, w dwóch tylko nastąpił nawrót cierpienia. Żadnym innym sposobem (inne zabiegi na nerwie spółczulnym, lub na gruczole tarczykowem) nie osiągnięto takich wyników, — nie mówiąc już o tem, że np. po częściowem wycięciu gruczołu tarczykowego wcale nierzadko następowało zejście śmiertelne.

Herman.

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Zeuner. **Przyczynek do leczenia wrzodów podudzia.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 20, 1902). W przeszło 100 przypadkach stosował autor w dużych, głębokich a zaniedbanych wrzodach podudzia ze znakomitym skutkiem lek, coprawda stary, ale mało znany i rzadko używany. Jest nim *solut. calcar. hypochlor.* w stosunku 3: 300,0, ktory autor stosuje w postaci okładów na wrzody, mianowicie macza białą gazę w wymienionym rozczynie i kładzie tak, by cała powierzchnia wrzodu była w zetknięciu z okładem; na okład daje kawałek papieru gumowego i opaskę trykotową, 10. ctm. szeroką, którą zakłada od palców stopy aż do kolana. Wielką zaletą tego rozczynu ma być szybkość oczyszczenia się wrzodu z części obumarłych i tworzenia zdrowej ziarniny, która w dalszym ciągu stosowania tworzy ładną, zdrową bliznę. Znakomite wyniki pobudziły autora do stosowania tego rozczynu także i w innych sprawach chorobowych kości goleniowej; przypisuje on mu silne własności przeciwgnilne i radzi go także stosować i w sprawach zapalnych innych części ciała, mianowicie w zapaleniach tkanki łącznej podskórnej, a także w ginekologii i dermatologii. Z powodu zaś szybkiego usuwania cuchnienia wydzielin, proponuje autor stosować go przy wilku i rozpadających się nowotworach.

B. Żmigród.

VI. Ginekologia Galena.

Studyum ginekologiczno-historyczne.

Napisał

Dr. Jan Lachs.

II.

Anatomia i fizyologia narządu płciowego żeńskiego.

Zacznijmy nasz przegląd od tego, co stanowi najsilniejszą stronę i podstawę nauki Galena, t. j. od anatomii. Tutaj powinnoby nas przedewszystkiem zająć największe jego dzieło anatomiczne i najwięcej rzucić światła na jego

badania, przedsięwzięte i przeprowadzone na bardzo szeroki zakrój. Niestety jednak zaginęła ta jego część, która obejmowała narząd rodny i z konieczności musimy się zadowolnić anatomią macicy, której opis znajdujemy w jego rozprawie *„de uteri dissectione"* i *„de ossibus ad Tirones"* (K. II.).

W opisie kośćca nie możemy naturalnie nic znaleźć, coby z punktu widzenia położniczego nas zająć mogło, gdyż Galen opisuje kościec małpy afrykańskiej „magota". Tu i owdzie zwraca on wprawdzie uwagę na korzyści wynikające z opisu kośćca ludzkiego i poleca studya w Aleksandryi, gdzie tego rodzaju badania robić można, ale sam zadowalnia się kośćcem małpim. Jestto pierwsza uderzająca różnica pomiędzy nim a znakomitymi jego poprzednikami. Hipokrates opisuje wprawdzie również miednicę zwierzęcą, czyni jednakowoż tu i owdzie studya porównawcze, a zastanawia się nawet nad nią z punktu widzenia położniczego, zwracając np. uwagę na wygięcie kości krzyżowej. (Hippocr. *„de ossium natura."* K. I.). Szkoła aleksandryjska zaznacza nam pewien postęp w porównaniu z Hipokratesem. Nie dziwnego wobec dokonywania sekcyj anatomicznych, zalecanych i przeprowadzanych przez tę szkołę. Jeden z jej najznakomitszych przedstawicieli, mianowicie Herofil, wie już, że kobiety ze zboczeniami kręgosłupa ciężko rodzą, a Demetryusz z Apamei twierdzi, że wązkie biodra utrudniają znacznie poród. Celsus posuwa tę sprawę znacznie naprzód On się najwyraźniej ze wszystkich autorów starożytnych zastanawia nad różnicą pomiędzy miednicą męzką a żeńską. twierdząc, że u mężczyzn kość łonowa jest bardziej prostą. a u kobiet bardziej wygiętą, by nie utrudniała porodu: *„rectius in viris. recurvatum magis in exteriora in feminis ne partum prohibeat."* (Celsus *„medicina" lib. VIII. cap. II*). Idzie więc tu najwidoczniej o wielkość krzywizny, która przecież inną jest u mężczyzn a inną u kobiet, fakt którego nigdzie zresztą u starożytnych autorów nie znajdujemy tak wyraźnie stwierdzonego. Uwaga ta wraz z całą książką Celsusa poszła jednak w zapomnienie, a u Soranusa nie znajdujemy już żadnej notatki, którąby nam coś w tym kierunku do myślenia dała. Niektórzy wprawdzie przypuszczają. że Soranus, mówiąc o wygięciach kręgosłupa, miał na myśli ścieśnienia miednicy. lecz na to możnaby się tylko z trudnością zgodzić wobec tego, że on nie wykonywał sekcyj anatomicznych. Galen wykonywał je wprawdzie już na wielką skalę, — jakkolwiek tylko na zwierzętach — i znał budowę kośćca ludzkiego; zajmował się jednakowoż zbyt mało praktycznem położnictwem, by mógł nam znaczniejsze w tym kierunku pozostawić uwagi. Z punktu zaś widzenia anatoma wystarcza mu opis pojedynczych kości miednicy *„ossa ilium"*, rozmaicie się zachowujących pod względem kształtu i wielkości, a łączących się między sobą zapomocą chrząstki i tworzących łuk ochraniający części miękkie. (*de usu p. corp. humani lib. XIV. cap. XIII.)*. Tylna ich część łączy się również zapomocą chrząstek z bocznemi stronami kości krzyżowej, którą podobnie jak i ogonową Galen dokładniej nieco opisuje. Każda z tych dwóch ostatnich kości składa się z trzech części. *„id (os sacrum) autem ex tribus partibus tanquam ex propriis quibusdam vertebris constructum est". (de ossibus ad Tirones. cap. XI.). „in extremo lati aliud os est. quod coccyx vocatur; ex tribus et ipsum propriis partibus constat." (ibid. cap. XII.)*. Co się zaś tyczy powierzchni kości krzyżowej. powtarza za Hipokratesem, że jest wygiętą *„sinuatur enim aliquo modo hac in parte intrinsecus spina dorsi, ut extrinsecus gibba videatur, ut de ipsa loquitur Hippocrates" (de ut. dissectione. cap. I.)*. Dziwić się i żałować należy, że teleologiczny sposób traktowania anatomii nie pobudził Galena do poszukiwania lowości tam, gdzieby się jej mógł najprędzej dopat cea z czegoby i nauka wielkie korzyści osiągnąć mogła.rzeć,

Przypatrzmy się teraz częściom rodnym miękkim, które są według Galena z powodu mniejszej doskonałości w budowie kobiety, przeszkadzającej ich wydostaniu się na zewnątrz, ukryte wewnątrz. (*de semine. lib. II. cap. V.)*.

Przez srom kobiecy (αἰδοῖον) rozumie on tę część narządu płciowego, która się znajduje na zewnątrz od części rodnych, na przestrzeni utworzonej przez kości łonowe, a stanowiącą wyrostek skóry na wzór napletka męzkiego. *„ipsum autem muliebre pudendum amplitudo est inter ossa pubis, quae ad externas partes cuticularem processum habet, ei quod maribus inest praeputio analogum". (de ut. dissectione. cap. II.)*. Nie rozróżnia Galen jak widzimy dwojakiego rodzaju warg sromowych. ale tylko jeden ich rodzaj i to najprawdopodobniej większe, gdyż te jako właśnie większe najłatwiej w oko wpadają i one najprędzej jeszcze, jeżeli tylko są cokolwiek większe i obwisłe, przypominają wyrostki skóry, które służą jużto jako ozdoba, już też mają na celu ochronę macicy przed zbytniem jej oziębieniem *(de usu p. corp. humani. lib. XV. cap. III.)*. Pod względem anatomii warg nie pozostaje Galen w tyle ani za Hipokratesem, ani za Celsusem lub Soranusem. Podczas gdy jednak Soranus znajduje w górze pomiędzy wargami, ponad ujściem cewki moczowej, łechtaczkę, nie wspomina o niej Galen wcale, ale stwierdza tutuj jedynie obecność cewki, która jest szerszą i krótszą od męzkiej.

Srom łączy się z macicą za pośrednictwem pochwy. (γυναικεῖος κόλπος). U wejścia do pochwy znajdują się dwa gruczoły. których zadaniem jest przez wydzielanie odpowiedniej treści powiększać chuć. O gruczołach tych nie wspomina żaden z poprzedników Galena i gdyby nie okoliczność, że on je umieszcza po obydwóch stronach szyjki pęcherza, mogłoby się nasunąć przypuszczenie, że ma na myśli gruczoły później przez Bartoliniego odkryte.

Co się tyczy błony dziewiczej. to nie mógł Galen na podstawie tego, co u małp lub u zwierząt czworonożnych znalazł, żadnego przynieść wyjaśnienia. Musimy więc w tej sprawie zadowolnić się jedynie tem, co znajdujemy u Hippokratesa, Celsusa, Soranusa i Moschiona; z tych uważają dwaj pierwsi błonę dziewiczą za twór patologiczny, a Soranus, a za nim i Moschion, wprost zaprzeczają jej istnienia.

Sama pochwa stanowi kanał rozmaitej szerokości i długości, który łączy srom z macicą. stanowiąc pod względem anatomicznym utwór od macicy odrębny. Poprzednio łączono bardzo chętnie obydwa te narządy w jeden, dopiero Soranus wyjednał pochwie samoistne stanowisko, podczas gdy jeszcze Celsus uważał macicę za dalszy ciąg tamtej. Galen wprawdzie uważa pochwę, idąc za Soranusem, za narząd odrębny, podobnie jak tyle innych, czasem jednak przecież jeszcze idzie w ślad za innymi, łącząc ją z macicą. I tak n. p. określając wymiary macicy, nie oznacza wymiarów samej macicy, ale wraz z pochwą. *(de ut. dissectione cap. II.)*.

Z tego. cośmy powyżej o badaniach anatomicznych Galena powiedzieli, jasnem jest, że nie mógł on nam i na punkcie anatomii macicy wiele nowego przynieść. Przeciwnie musimy przyznać, że jego anatomia macicy nie przedstawia żadnego postępu w porównaniu z anatomią Hippokratesa, a odnośnie do Celsusa i do Soranusa przedstawia ona znaczny krok wstecz.

Podług niego stanowi ona narząd mięsisty kształtu pęcherza. wewnątrz wydrążony, znajdujący się poza spojeniem łonowem, graniczący ku przodowi z pęcherzem moczowym. a ku tyłowi z odbytnicą. Już z tego powierzchownego opisu wynika. że Galen wcale nie uwzględniał poprzednich opisów macicy, z których wiele było lepszych od jego własnego. Z samego porównania bowiem kształtu macicy, a zwłaszcza jej dna z pęcherzem moczowym, które za nim i Oribasius*) powtarza, (*„figuram habet ipse uterus reliquo quidem toto corpore potissimumque fundo vesicae similem"; de ut. dissectione cap. III.*), wynika zapoznawanie Soranusa, którego porównanie z bańką lekarską przecież o tyle bardziej zbliżone do rzeczywistości. Wielkość macicy różna, zależnie

*) Oribasii anatomica ex libris Galeni, curante Gulielmo Dundass Lugduni Batavorum MDCCXXV. cap. »de vulva«.

od wieku, zajęcia, od okoliczności, czy kobieta zastępowała, oraz od tego czy spółkowanie się odbywało, czy też nie. Co się tyczy długości macicy, podaje Galen największy jej wymiar na jedenaście palców, a szerokość jest taką, że dotyka obydwoma swoimi rogami bioder. Długość macicy, jaką podał, wydawałaby się nam przesadzoną, gdyby nie powyżej wzmiankowana okoliczność, że Galen ma na myśli przy jej określeniu odległość dna macicy od samego sromu.

Na samym mięśniu macicy rozróżnia Galen trzon (σῶμα), dno (πυμήν) znajdujące się w górnej jej części na wysokości pępka i kark (αὐχήν). Co on przez ten ostatni rozumie, pod tym względem nie pozostawia nam żadnej wątpliwości. Jestto część pochwowa *(portio vaginalis)*, a wynika to z określenia jej stosunku do pochwy i do reszty macicy, jakoteż niemniej z okoliczności, że opisuje w tej części kanał i ujście zewnętrzne *„cervix autem haec ad muliebrem sinum non recta neque statim in omnibus pervenit, sed modo ad dextram, modo ad sinistram modo sursum, modo deorsum declinat ac deflectit“ (de ut. diss. cap. VII.)*. Zbitość części pochwowej określa bardzo dokładnie, powiadając, że bywa twardą, a nawet i chrząstkowatą. To ostatnie określenie znajdujemy już wprawdzie w szkole aleksandryjskiej, a mianowicie u Herofila; lecz Soranus, nie studyujący anatomii, nie zadowalnia się tem porównaniem, ale szuka nowych, a jako najodpowiedniejsze znajduje miąższowatość płuc. (Soranus *lib. I. cap. III. 10.)*. W części pochwowej rozróżnia ujście zewnętrzne, które w stanie prawidłowym jest tak małe, że zaledwie główka zgłębnika chirurgicznego przez nie przejść może i kanał łączący się z jamą, objętą trzonem macicy.

Trzon składa się z dwóch warstw, zewnętrznej — bardziej unerwionej i wewnętrznej — obficiej zaopatrzonej w żyły, — w której również wykazać można dwie pod względem wejrzenia różne warstwy. Warstwy te jednakowoż nie są ze sobą zrośnięte, ale przylegają jedynie do siebie dosyć silnie. W każdym razie można je łatwo od siebie oddzielić tak, że się wtedy otrzymuje dwie macice. *„si igitur eas per excoriationem separare velis, duo tibi uteri esse videbuntur, sub una et eadem tunica siti“. (de ut. diss. cap. VI.)*. Warstwy te macicy, — jakkolwiek tylko dwie, — rozróżniał już Soranus *(lib. I. cap. III. 13)*, lecz u niego nie przylegają one jedynie do siebie tak, jak to Galen podaje, ale łączą się ze sobą ściśle za pomocą włókien, a otaczają jamę macicy, której pojemność jest różną, zależnie od stanu. W jamie rozróżnia Galen dwie zatoki, przenosząc w ten sposób spostrzeżenia przez siebie na zwierzętach dokonane wprost na macicę ludzką. U zwierząt bowiem zauważył, że ilość jam odpowiada ilości sutków. *„et certe hoc opus naturae admirabile; omnem tamen certo scio, superabit admirationem sinuum numerus, quem natura mammillis fecit aequalem“. (de usu partium corporis humani lib. XIV cap. IV.)*. W ten sposób stanął znowu Galen na stanowisku szkoły Hipokratesa, niszcząc zdobycze szkoły aleksandryjskiej i piękny opis macicy u Soranusa.

U szczytu macicy znajduje się dno, które, jak z tego, cośmy dotychczas o niej powiedzieli, wynika, będzie dwurożne, tak jak już Hipokrates u zwierząt znalazł i jak to za nim powtarzali Diokles, Filotinus, Praxagoras, Rufus z Efezu i wielu innych. Głos Soranusa, który stanowczo się temu sprzeciwiał, był głosem wołającego na puszczy (Soranus: *lib. I. cap. III.)*.

Na miąższ macicy składają się jeszcze nerwy, tętnice i żyły. Tętnice i żyły są gałęziami aorty, względnie żyły głównej *(v. cava)*, wchodzą do macicy po każdej stronie po jednej, rozdzieliwszy się poprzednio na drobne gałązki. Naczynia te zaopatrują jednakowoż jedynie trzon macicy, gdyż część pochwowa otrzymuje inne. Pod względem unaczynienia macicy zachodzi zupełna zgoda pomiędzy Galenem i Soranusem, a w stosunku do Hipokratesa jest to, co Galen podaje, bez porównania dokładniejszem. Obydwaj jednakowoż powtarzają twierdzenie o łączeniu się między sobą naczyń macicy z naczyniami sutek. Co zaś Galen o nerwach tego narządu mówi, to nas musi wprost dziwić. Wiadomo przecież, że znał on zadanie nerwów, które zresztą już i przed nim znano, że dokładnie odróżniał nerwy czuciowe miękkie, od ruchowych twardszych, z których pierwsze wywodził z mózgu, a ostatnie z rdzenia *(de usu part. corp. hum. lib. XIV cap. III i lib. XV cap. II.)*, i że nikt przed nim tak dużo nie wykonał z nimi doświadczeń, niż on, a jednak i on wspomina o nich, jako o narządach służących do umocowania macicy *„nervis autem et annectitur, et coalescit, et contexitur“. (de ut. dissectione cap. IV)*. Gdyby nie liczne doświadczenia, które wykonał, można by przypuszczać, że stoi jeszcze na stanowisku Hipokratesa *(„de locis in homine“. K. II.)*, przypisując nerwom zadanie ścięgien. Wogóle nie obfituje macica w nerwy. Najwięcej znajduje się ich w okolicy ujścia zewnętrznego, a wszystkie wychodzą z rdzenia, unerwiając macicę na wzór moszen.

(c. d. n.).

VII. Wiadomości bieżące.

† Dr. Ludwik Świtalski,

docent położnictwa i ginekologii w U. J., zakończył życie d. 28 sierpnia we Lwowie, licząc lat 37. Ocenę działalności naukowej przedwcześnie dla wiedzy i społeczeństwa zmarłego kolegi podamy w jednym z następnych numerów „Przegl. lekarskarskiego“.

Kraków, dnia 4 sierpnia.

* Niejednokrotnie i z niezbitymi dowodami w ręku wykazywało dziennikarstwo nasze, w jak wysokim stopniu fiskalne władze austryackie tamują rozwój ekonomiczny społeczeństwa. Lecz ta ujemna strona ustawy nie ogranicza się tylko do stosunków materyalnych: dosięga ona często rozwoju sił moralnych i działalności naukowej społeczeństwa, jak to świadczą dwa następujące fakty, które w ostatnim czasie miały miejsce w Krakowie.

1) Grono ludzi, którzy ukończyli nauki gimnazyalne przed 25 laty, zamierzyło obchodzić wspólnie tę pamiętną dla siebie rocznicę: w celu porozumienia się trzeba było dowiedzieć się o miejscu zamieszkania niektórych z dawnych kolegów. Prof. X. wysłał w tym celu zapytanie do dyrekcyi policyi w X. i otrzymał odpowiedź (wprawdzie w parę tygodni po obchodzie), lecz jednocześnie i nakaz ściągnięcia kwoty za nieostemplowane podanie.

2) W krakowskim szpitalu św. Łazarza leczył się chory I. K., którego choroba budziła szczególnie ważny interes naukowy. Gdy jednak chory nie mógł dłużej pozostać w szpitalu, postanowił sekundaryusz tego szpitala, Dr. L. Berger, dowiedzieć się drogą listowną o szczegółach dalszego przebiegu choroby i zażądał od c. k. policyi w Przemyślu udzielenia adresu p. I. K., najwyraźniej zaznaczając, że czyni to z pobudek ściśle naukowych. Dr. Berger otrzymał w tych dniach nakaz płatniczy (L. 3852) z wymiarem kary za nieostemplowane podanie.

Wiemy, że najsprawiedliwsze skargi ustawy tej nie zmienią: pod tym względem władze nasze są już od dawna zupełnie nie wrażliwe. Poczuwamy się jednak do obowiązku przestrzeżenia Kolegów, chcących obchodzić rocznice ukończonych studyów, ażeby swoje wywiadywanie się w policyach zamiejscowych o miejscu zamieszkania uważnie ostemplowywali, jeśli nie chcą narazić się na płacenie kary. Co się zaś tyczy okładania podatkiem stemplowym korespondencyi, niezbędnej do celów ściśle naukowych, to ufajmy, że sprawą tą zajmą się Izby lekarskie i na drodze urzędowej spowodują uwolnienie od stempla korespondencyi z władzami, podejmowanej wyłącznie w celu naukowym. Uwolnienie takie jest w interesie nietylko wyższych zagadnień w życiu umysłowem społeczeństwa i posiada szersze znaczenie, lecz jest sprawą godności państwa, mieniącego się europejskiem i należącego do państw cywilizowanych. Rząd przecież wiedzieć powinien, że na kartach dziejów zapiszą się złotemi zgłoskami nie te państwa, które prześcigają się w wynajdywaniu coraz bezwzględniejszych kategoryj podatków, lecz te, które rozumnym, sprawiedliwym i celowym rozkładem ciężarów umoże-

bnią i ułatwią rozwój sztuk i nauk, wypracują mądre i sprawiedliwe prawa, które się przyczynią nie tyle do gromadzenia zapasów kasowych, ile do wzmożenia duchowej dzielności narodu.

* Ministeryum spraw wewnętrznych wydało świeżo (31 lipca) rozporządzenie, zmierzające do zapobiegania i zwalczania zimnicy. Z przepisów tych podajemy kilka punktów:

1. Choroba (zimnica) udziela się człowiekowi przez ukłócie pewnych gatunków komarów, zakażonych poprzednio zimnicą.

2. Błędnem jest mniemanie, że choroba ta szerzy się przez unoszenie się z ziemi oparów, zwłaszcza w okolicach bagnistych.

3. Kto się chroni przed ukłóciem od komara, chroni się także od zimnicy.

* Przy szpitalu izraelickim w Krakowie otwarte zostało ambulatoryum otyatryczne, pod kierownictwem Dr. Rafała Spiry.

* Wiec austryackich Izb lekarskich odbędzie się w Czerniowcach d. 7 i 8 września.

* Wydziały lekarskie w Austryi liczyły w nbiegłem półroczu letniem słuchaczów: w Wiedniu 1278, w Insbruku 194, w Gracu 231, w Pradze 231 w wydziale niemieckim i 290 w czeskim, w Krakowie 130, we Lwowie 90.

* Obok pojedynczych przypadków moru, grasuje w Egipcie mordercza cholera, której zwalczanie na wschodzie muzułmańskim natrafia na nieznane gdzieindziej trudności z powodu niedostępnych dla władz sanitarnych haremów. Epidemia ta zapewne będzie miała ten jeszcze skutek, że komitet urządzający I-szy Zjazd lekarski w Egipcie prawdopodobnie będzie zmuszony przełożyć grudniowy termin kongresu na czas późniejszy.

* Między 20 a 26 sierpnia doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego: we Lwowie 1 przypadek, oraz w powiatach: bohorodczańskim (1 gm.), horodeńskim (2 gm.), jaworowskim (1 gm.), kamioneckim (1 gm.), mościskim (1 gm.), myślenickim (1 gm.), nadworniańskim (1 gm), niskim (1 gm.). podhajeckim (2 gm.), rawskim (2 gm.), skałackim (1 gm.), stryjskim (1 gm.), tłumackim (1 gm.), trembowelskim (1 gm.).

Wszystkich nowych przypadków duru osutkowego w tygodniu sprawozdawczym było 42.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa Tydzień XXXIII (10—16—VIII). Ludność średnia roczna wynosi 94,057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 11, urodziło się dzieci 53, zmarło osób 42, mianowicie: z gruźlicy 8 (1 zam.), z zapalenia płuc 8 (2 zam.), z płonicy 1, z cholery dziecięcej 6.

Mianowania i odznaczenia. Prof. M. Gruber mianowany został prof. higieny w Mnichowie; Dr. Ed. Jacobi mianowany prof. dermatologii w Freiburgu; Dr. Weiland — profesorem farmakologii w Tybindze; Dr. Agabarow — profesorem okulistyki w Kazaniu; Dr. Korsakow — prof. nadzwyczajnym ginekologii i pedyatryi w Moskwie; Dr. Zoth — prof. fizyologii w Insbruku.

Nekrologia. Dr. Teodor Pasternacki, profesor kliniki lekarskiej w Petersburgu, zmarł w gubernii mińskiej, licząc lat 59. Dr. Paweł Ploss, prof. chemii lekarskiej, zmarł w Peszcie w wieku 57 lat. Emerytowany prof. embryologii, Dr. Schenk, którego teorya oznaczania płci u płodu narobiła więcej rozgłosu, niż przyniosła chwały autorowi, zmarł 18—VIII.

Bibliografia:

— *Medycyna* Nr. 35. Fryszman: O mięsaku gruczołu krokowego. Batawia: O elektropsychroforze.

— *Gazeta lekarska* Nr. 35. Moraczewski: Przebieg gorączki u człowieka z wyciętą śledzioną. Zembrzuski: Przypadek zgorzeli moszny pochodzenia zagadkowego u czterotygodniowego dziecka. Tumpowski: Dwa przypadki drgawek ogólnych po zaszczepieniu ospy.

— *Kronika lekarska* Nr 18. Zawadzki: Przyczynek do kazuistyki ran postrzałowych żołądka. Otto: Kryoskopia i zastosowanie jej w chorobach serca i nerek.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 35. Brabec: O aktinomykomu (dok.). Brejtmann: O přijičných onemocněních srdce (c. d.).

— *La Presse médicale* Nr. 68. Villemin: Ortopedya. Thoyer Rozat: Położnictwo a moralność chrześciańska.

Nr. 69. Laignel-Lavastine: Niedomoga wątrobowa ostra. Cocher: Leczenie gorączek zimniczych »arrhenalem«. Fontoynont: »Arrhenal« stosowany w ciąży powikłanej z zakażeniem zimniczem.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 35. Elschnig: Diagram sposobu działania mięśni ruchowych gałki ocznej. Harmer: Kliniczne zastosowanie wziernikowania gardła (oesophagoscopia). Haberer: Rzadki przypadek późnego nawrotu raka.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 34. Orth: Niektóre będące na czasie sprawy sporne z zakresu gruźlicy. II Co jest perlica? Strauss W sprawie stosunku między złośliwą niedokrewnością a przewodem pokarmowym. Mirkoli i Solesi: Przemiana materyi u suchotników. Tausch: Dwa przypadki zatrucia łysolem. Klopstock: Przyczynek do odróżnienia prątków duru od okrężnicowych i czerwonki.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 34: Ascoli: Przyczynek do znajomości działania strątów i ciał białkowatych w surowicy krwi. Stachelin: O ciele białkowatem wysięków i moczu, dającem się strącić kw. octowym. Bade: O wczesnem rozpoznaniu wrodzonych zwichnięć w stawie biodrowym. Herz: Budowa nogi u murzynów. Schröder i Brühl: O wzajemnym stosunku ruchów, ciepłoty ciała i albumozuryi do siebie i do gorączki w gruźlicy. (Dokończenie). Schmorl: Przyczynek do zagadnienia o powstawaniu gruźlicy płuc. (Dokończenie). Engel: O wpływie gruźlicy płuc na umysł i nerwy. (Dokończenie).

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 35. Baisch: O niebezpieczeństwie podskórnego zastosowania słono-sodowego rozczynu Taveta. Weichardt: Badania doświadczalne nad drgawkami (eklampsia). Blumenthal: Dur brzuszny bez objawów ze strony przewodu pokarmowego. Neumann: Uwagi o chorobie Barlowa. Fischer: Ciała obce w ścianie serca i próchnienie kości kręgosłupa u 13-letniego chłopca. Marek: O powstawaniu szmerów oddechowych. (Dokończenie). Zangemeister i Wagner: O ilości ciałek białych we krwi ciężarnych, rodzących i położnic.

Redakcya otrzymała. Józef Jaworski i Stanisław Iwanicki: O związku pewnych objawów ze strony nosa z narządami płciowymi kobiecymi. St. Serkowski: O badaniu przez lekarzy produktów spożywczych, dostarczanych do szpitali. Spira: Die durch den Beruf gezeugten Ohrenkrankheiten.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.